

島原広域圏総合事業導入にかかるQ&A

- 総合事業導入に関する質問に対し、お答えいたします。
- 質問が寄せられたら、質問を公開し、回答ができたなら、回答を公開します。(同じ意味の質問は省略したり、まとめて掲載する場合があります。)
- 一度公開したものを変更する場合も、変更分として公開いたします。
- 質問はメールまたはFAXにて受付けております。(できればメールでお願いします)
 メール: chiikishien@shimabara-area.net
 FAX: 0957-61-9104

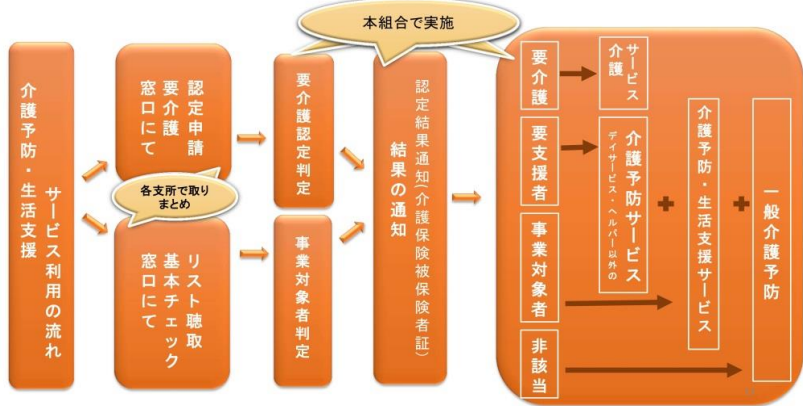
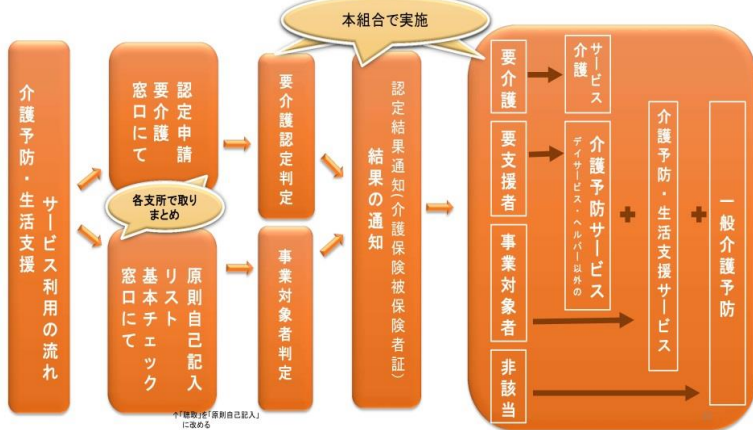
総合事業概要

質問	回答	回答UP日
<p>要支援のデイサービスについて先日、事業所に向けた説明会がありました。その資料(総合事業にかかる説明会)の17頁の「平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れ」の要支援者の矢印で「デイサービス・ヘルパー以外の介護予防サービス」とありますが、要支援者の方は、総合事業が始まったら、デイサービスやヘルパーは利用できなくなるのでしょうか？</p> <p style="text-align: center;">平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れ</p>	<p>要支援者は、これまで同様にデイサービスやヘルパーの利用が可能です。平成29年4月1日から総合事業がはじまり、これまでの介護予防通所介護・介護予防訪問介護の名称が変わり、介護予防・生活支援サービスの中の通所型サービス(現行相当)と訪問型サービス(現行相当)に変わります。</p>	H29.1.6
<p>①事業対象者と特定された方について、事業対象者である事の取下げ手続きは可能でしょうか？</p> <p>②本人の心身の状態から、明らかに要介護状態とみられる方についても、本人の希望にてチェックリストによる事業対象者判定を受けることはできますか？</p>	<p>①については、取下書の様式を作成する方向で、要綱改正事務を行っております。</p> <p>②については、総合事業のサービスのみの利用を想定している場合は、認定申請ではなく基本チェックリストによる判定で事業対象者とすることが可能です。事業対象者としてサービスを利用されていても、その後予防サービスや給付サービスの必要が出てきた場合は、認定申請を行ってください。</p>	H29.2.9

<p>現状の要支援利用者の契約書及び重要事項説明書の締結について</p> <p>現状の要支援利用者が4月より介護予防・生活支援サービス事業と予防給付サービス両方を利用することとなった場合、改めて総合事業用の契約書及び重要事項説明書を取り交わさないといけないのか。</p>	<p>平成28年12月20日に行った「島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会」資料のスライド番号30を参照してください。</p> <p>現在使用されている契約書には、総合事業に係る内容が含まれていないと思いますので、そのことを追加した契約書と重要事項説明書を作成され、総合事業サービスと予防給付サービスのどちらにも対応できるようにしてください。</p> <h3>9. 利用者との契約</h3> <ul style="list-style-type: none"> 総合事業によるサービスの提供には、「利用者との契約」、「重要事項説明書の同意」が必要になります。 本組合では、平成29年4月1日より総合事業を開始するため、総合事業利用者には平成29年3月31日までに新たな契約書と重要事項説明書を作成し利用者の同意を得る必要があります。 地域包括支援センターで作成する介護予防サービス支援計画書は、サービスの内容や利用回数、目標などの変更がない場合は、「軽微な変更」に値します。そのため「ケアプランの再作成」は必要ありません。 (地域包括支援センターでは請求事務とリンクしますので、新たなケアマネジメントの作成が必要となります。) しかしながら、平成28年3月31日までに総合事業利用者に対し、総合事業が開始され、サービスの種類や利用回数、および単価などが変更になることを説明する必要があります。 <p style="text-align: right;">30</p>	<p>H29.2.9 回答 h29.2.16 スライド 30を差替</p>
<p>・様式第3号 事業対象者取り下げ書はどのような場合に行うのか？ 事業対象者であることで、介護保険の給付サービス以外で受けられないものには何があるのか</p>	<p>回答作成中です。しばらくお待ちください。</p>	
<p>新規事業である通所型C(短期集中)一般型等 広域直営となっているが、それは、包括が受け持つのか？他事業所のできるものなら、説明会や公募があるものなのか？ 実際、うちが行っている リハビリデイサービスは、通所C一般型に相当しているものと思われる。できるものなら、手を上げたいと思いますが、何も説明がない。</p> <p>知り合いの事業所とも話しているが、12月のケアマネ会議の時にある事業所が、「直営事業を受け持ちます。」と公言されたいが、まだ総合事業に関してはっきりとわかっていない時期に、そういうことがあっていいものだろうかと思えます。先日、知り合いの事業所が広域に電話された時は、何も決まっていなかったと言われたとおっしゃっていました。</p> <p>もう始まろうとしているのに、何も動きが公表されていないのは、なぜでしょうか。</p>	<p>通所型サービスC(直営・一般型)については、広域圏介護保険課の直営で実施しますので、部分的に講師を依頼するものを除き、地域包括支援センターや事業所への委託はいたしません。</p> <p>また平成29年度において島原広域圏で実施する通所型サービスCのメニューは、広域圏直営で行う一般型と筋トレ型の2種類のみとします。</p> <p>12月20日実施の事業所説明会で公表した資料で、おおまかな内容は公開しています。最新の情報は、全部改正を行った島原地域広域市町村圏組合地域支援事業実施要綱(平成29年2月9日告示第1号)がホームページからダウンロードできます。</p> <p>事業所説明会や包括への説明会など、移行に伴うために必要な最低限の説明はそれぞれ行っておりますが、個別に事業所の利益になるような情報提供は行っておりません。</p> <p>他の事業で公募を行うものについては、ホームページや介護保険課広報誌『ささえ愛かいご』(次回5月1日発行)などを通して公募等を実施します。</p>	<p>H29.2.23</p>

<p>事業対象者の取下げ書について</p> <p>①どんな場合に出すのか</p> <p>②いつの日付で有効になるのか</p> <p>③事業対象者が認定申請をする場合、明らかに要介護になりそうな方は、取下げをしてから暫定利用が可能か</p>	<p>①一般高齢者になることを希望される場合。(事業対象者を卒業したいとき)</p> <p>②原則、取下書の受付日となりますが、取下日を指定される場合は取下年月日を記入してください。</p> <p>③認定申請をする際に取下書は必要ありません。暫定利用の取扱いにつきましては、「平成28年12月20日の介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について」を参照ください。また、総合事業サービス利用の場合においても暫定の取扱いについては、「平成26年1月10日の要介護(要支援)認定申請中での介護サービス利用(暫定利用)にかかる取扱いについて(通知)」と同様といたします。しかし、事業対象者の方が取下げを行い介護保険認定申請をした結果、「非該当」が出た場合はサービス利用分が自己負担となりますのでご注意ください。</p>	<p>H29.4.3</p>
---	--	----------------

基本チェックリスト

質問	回答	回答UP日
<p>平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れについて、「窓口にて基本チェックリスト聴取」となっていますが、総合事業サービスのみ利用の方は、必ず市役所・支所の窓口へ本人が行く必要があるのでしょうか？また、そうであれば、何らかの理由で、本人が窓口へ行けない場合にはどうすればいいのでしょうか？</p> <p style="text-align: center;">平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れ</p>  <p>この図は、平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れを示しています。左から右へ進むプロセスです。最初のステップは「介護予防・生活支援 サービス利用の流れ」です。次に「窓口にて 要介護 認定申請」があり、ここでは「各支所で取りまとめ」が行われます。続いて「窓口にて リスト聴取 基本チェック」が行われます。その後、「要介護認定判定」が行われ、これは「本組合で実施」です。次に「結果の通知 (介護保険被保険者証)」が行われます。この通知に基づいて、「要介護」「要支援者」「事業対象者」「非該当」の4つのカテゴリーに分かれます。それぞれが「介護サービス」「介護予防サービス」「介護予防サービス+ヘルパー以外のサービス」「介護予防・生活支援サービス」へとつながります。最終的に「一般介護予防」へと至ります。</p>	<p>基本的には「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年1月9日版】第4問2(11～12頁)を参照してください。 また、先日配布した資料では一部「基本チェックリストの聴取」となっておりましたが、これを全て「原則自己記入」に訂正いたします。 さらに、下記の2に「電話や家族の来所による相談にもとづいて基本チェックリストを活用し」とありますが、島原広域圏では次の取扱いといたします。 『電話』の場合は、島原広域圏の職員もしくは地域包括支援センターが自宅訪問し、基本チェックリストの説明と自己記入のお願いをいたします。 『家族の来所』の場合は、家族の方が本人に代わり窓口で基本チェックリストを記入していただいで構いません。その際に家族の方が同居でなくて、本人の状態に詳しくない場合は、基本チェックリストを持ち帰り本人から聞き取ることに なります。 後日本組合から提示する基本チェックリストには、認定申請書と同様に、代理や代行で提出する際の記入欄を設ける予定です。後日ホームページにて公開します。</p> <p style="text-align: center;">平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れ</p>  <p>この図は、平成29年度からの介護予防・生活支援サービス利用の流れを示しています。左から右へ進むプロセスです。最初のステップは「介護予防・生活支援 サービス利用の流れ」です。次に「窓口にて 要介護 認定申請」があり、ここでは「各支所で取りまとめ」が行われます。続いて「窓口にて リスト聴取 基本チェック」が行われます。このステップには「原則自己記入」が追加されています。その後、「要介護認定判定」が行われ、これは「本組合で実施」です。次に「結果の通知 (介護保険被保険者証)」が行われます。この通知に基づいて、「要介護」「要支援者」「事業対象者」「非該当」の4つのカテゴリーに分かれます。それぞれが「介護サービス」「介護予防サービス」「介護予防サービス+ヘルパー以外のサービス」「介護予防・生活支援サービス」へとつながります。最終的に「一般介護予防」へと至ります。</p>	<p>H28.12.28</p>
<p>現在、市役所・支所の窓口では、個別に面接できるようなスペースがないところもあるかと思いますが、基本チェックリストの聴取にあたってのプライバシーの配慮についてはどのようにお考えでしょうか。</p>	<p>『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』17頁に基本チェックリスト「聴取」と記載していましたが、「原則自己記入」と変更いたします。 その上で、窓口における申請受付業務同様、プライバシーに十分配慮した対応を行います。</p>	<p>H28.12.28</p>

<p>総合事業の対象者について 「基本チェックリストに該当した方 事業対象者」とされていますが、項目にひとつでも該当するものがあれば「事業対象者」ということでしょうか？具体的な判定はどう行われるのでしょうか？</p> <h2>2. 総合事業の対象者</h2> <p>○介護予防・生活支援サービス事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 要支援1・2の認定を受けた方 要支援者 ※住宅改修や福祉用具貸与等予防給付との併用が可能 2. 基本チェックリストに該当した方 事業対象者 ※住宅改修や福祉用具貸与など予防給付の利用が不可 ※第2号被保険者が総合事業を利用する際は、必ず要支援認定が必要 <p>○一般介護予防事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本組合の第1号被保険者(65歳以上の高齢者)など ※要支援認定を受けている方も利用可能ですが一部制限があります。 	<p>『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン』59頁から64頁を参考にしてください。 62頁の表8が「事業対象者に該当する基準」です。 本組合では、基本チェックリストによる事業対象者の該当基準は、従来の二次予防該当者(がまだ高齢者)の基準に加え「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」に該当する基準を追加します。すなわち、運動・栄養・口腔・総合に加え、閉じこもり・認知機能の低下・うつ病の可能性に該当する者も事業対象者となります。</p>	H29.1.6
<p>これまでの2次予防事業対象かどうかを判定する場合、基本チェックリスト設問16～25に該当する者(うつ・閉じこもり・認知機能の低下)については対象者としていなかったが、総合事業においてはどうか？</p>	<p>本組合では、基本チェックリストによる事業対象者の該当基準は、従来の二次予防該当者(がまだ高齢者)の基準に加え「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」に該当する基準を追加します。すなわち、運動・栄養・口腔・総合に加え、閉じこもり・認知機能の低下・うつ病の可能性に該当する者も事業対象者となります。 事業対象者の該当基準を広げたことで、閉じこもりなどで通所型サービスを利用することができない方などは、訪問型サービスCを利用することで生活機能の低下を予防できると考えられます。</p>	H29.1.6
<p>・PP資料「3. サービス利用の手続き」(14スライド)において、「総合相談サービスを受ける際の相談は、各支所窓口、または地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が受け、…」と記載されているが、居宅介護支援事業所は総合事業サービス利用するにあたって相談を受けた際に、基本チェックリストを行うことは可能なのか？</p> <h2>3. サービス利用の手続き</h2> <ul style="list-style-type: none"> ・総合事業サービスを受ける際の相談は、各支所窓口、または地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が受け、本組合で介護保険認定と同様の手続きを行う必要があります。 ・基本チェックリストを窓口などに提出し、審査、登録後に介護保険被保険者証を事業対象者に発行します。介護保険被保険者証には「事業対象者」と記載されます。 ・サービスを利用する際は、この介護保険被保険者証と介護予防ケアマネジメント依頼届出書を各支所窓口や本組合へ提出し介護保険被保険者証に地域包括支援センターの名称が記載されてからの利用となります。基本的には介護保険サービス利用と流れは同様です。 	<p>『介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン』59頁に、 「居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来所出来ない場合と同様の扱いとする。」 と記載されているため、利用者がサービス利用のために記入したチェックリストの提出を居宅介護支援事業所等が代行することは可能と考えます。 すなわち、要支援1・2の方が更新申請をせずに基本チェックリストによる更新手続きを行う場合のみ、居宅支援事業所が代行することは可能です。しかし、新規の総合相談による総合事業サービス利用希望者については、原則、支所窓口にて基本チェックリストの自己記入を行うこととし、本人が来所できない場合は本組合、又は地域包括支援センターの職員が自宅訪問を行い基本チェックリストを実施することとします。</p>	H29.1.6

<p>窓口にて介護保険認定申請を行った結果、非該当だった場合は総合事業対象者になるのか？</p>	<p>『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン』72頁を参照してください。</p> <p>○ 要介護認定等申請を行い、非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象とすることができる。(通常の流れと同じく、「介護予防ケアマネジメント依頼書」の作成、名簿登録、被保険者証の発行を行う。)</p>	<p>H29.2.9</p>
--	---	----------------

ケアマネジメント

質問	回答	回答UP日																		
<p>地域支援係作成の資料のうち、「9. 利用者との契約」の最後の項目について、「地域包括支援センターで作成する介護予防サービス計画書も平成29年3月31日までに新たに作成し、利用者の同意を得ること」とされているが、介護保険最新情報VOL. 445155において「軽微な変更」が示され、ケアプランの作成が必要でない場合や、担当者会議の開催が不要な場合の例が示されています。今回のケースでは、サービスの内容や利用回数、目標などは従来と変わらず、事業の、名称変更に伴うものであり、「軽微な変更」として、「ケアプランの再作成」「担当者会議の開催」は不要であり、利用者に対する説明、同意のみで対応可能と考えますが、いかがでしょうか</p> <p>9. 利用者との契約</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合事業によるサービスの提供には、「利用者との契約」、「重要事項説明書の同意」が必要になります。 本組合では、平成29年4月1日より総合事業を開始するため、総合事業利用者には平成29年3月31日までに新たな契約書と重要事項説明書を作成し利用者の同意を得る必要があります。 地域包括支援センターで作成する介護予防サービス支援計画書も平成29年3月31日までに新たに作成し利用者の同意を得る必要があります。 	<p>12月22日の説明資料 P30 9. 利用者との契約の3項目を訂正します。</p> <p><訂正前> 地域包括支援センターで作成する介護予防サービス支援計画書も平成29年3月31日までに新たに作成し利用者の同意を得る必要があります。</p> <p><訂正後> 地域包括支援センターで作成する介護予防サービス支援計画書は、サービスの内容や利用回数、目標などの変更がない場合は、「軽微な変更」に値します。そのため「ケアプランの再作成」は必要ありません。 (地域包括支援センターでは請求事務とリンクしますので、新たなケアマネジメントの作成が必要となります。) しかしながら、平成28年3月31日までに総合事業利用者に対し、総合事業が開始され、サービスの種類や利用回数、および単価などが変更になることを説明する必要があります。</p>	<p>H29.1.6</p>																		
<p>3 ケアプランの軽微な変更の内容について(ケアプランの作成)</p> <table border="1"> <tr> <td>サービス提供の曜日変更</td> <td>利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があると考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>サービス提供の回数変更</td> <td>同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>利用者の住所変更</td> <td>利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>事業所の名称変更</td> <td>単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>目標期間の延長</td> <td>単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合</td> <td>福祉用具の同一種目における種類の置き換えや同等の用具の置き換えについては、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更</td> <td>目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>目標を達成するためのサービス内容が変わる場合</td> <td>第一義の総合的な援助の方針や第二義の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わる場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> <tr> <td>担当介護支援専門員の変更</td> <td>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と同様で有していること)のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</td> </tr> </table>	サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があると考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における種類の置き換えや同等の用具の置き換えについては、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	目標を達成するためのサービス内容が変わる場合	第一義の総合的な援助の方針や第二義の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わる場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。	担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と同様で有していること)のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。		
サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があると考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における種類の置き換えや同等の用具の置き換えについては、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
目標を達成するためのサービス内容が変わる場合	第一義の総合的な援助の方針や第二義の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わる場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と同様で有していること)のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例外であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。																			
<p>4 ケアプランの軽微な変更の内容について(サービス担当者会議)</p> <table border="1"> <tr> <td>サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性</td> <td>単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかしながら、例えば、ケアマネージャーがサービス事業所へ開かれた方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</td> </tr> <tr> <td>ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</td> <td>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</td> </tr> </table>	サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性	単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかしながら、例えば、ケアマネージャーがサービス事業所へ開かれた方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。	ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性	ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。																
サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性	単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかしながら、例えば、ケアマネージャーがサービス事業所へ開かれた方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。																			
ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性	ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。																			

<p>また、介護予防ケアマネジメントAの計画期間は、平成29年4月1日以降最長2年となっているが、平成29年3月31日までに新たに作成する場合は2年プランを作成していいのか。</p>	<p>平成29年3月31日以前に作成する介護予防ケアマネジメントの場合は、平成29年4月以降のものと解されますので、他のマネジメントと同様、最長2年の取扱となります。</p>	<p>H29.1.6</p>
<p>介護予防ケアマネジメントの計画期間は、予防給付の計画期間と同様に最長、2年とします(平成29年4月1日以降)とある。 総合事業の場合は、 ①「事業対象者」の認定有効期間の設定はなく、「介護予防ケアマネジメント計画」で、最長2年プランの作成ができる。 ②「要支援者」の場合も、総合事業のみを利用される人は、「介護予防ケアマネジメント計画」となり、認定期間に関係なく最長2年プランの作成ができる。 ③予防給付サービスと併用される人は、「介護予防サービス計画」となり、計画期間は認定期間を考慮する必要がある。 上記①②③と考えるのがいいか。</p>	<p>①、③は、お見込のとおりです。 ②の要支援者で総合事業のみを利用される方について、本組合では、介護予防ケアマネジメント計画期間は認定期間を考慮したものとします。(要支援認定の有効期間が1年間の場合は計画期間も最長1年とします。)</p>	<p>H29.1.6</p>
<p>「総合事業を実施する事業所の指定及びみなし指定について」P3④記録の保存期間は、(記録の整備) 第二十八条 指定介護予防支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。 2 指定介護予防支援事業者は、利用者に対する指定介護予防支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。 ①指定介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録 ②介護予防サービス計画 ③アセスメントの結果の記録 ④サービス担当者会議等の記録 ⑤評価の結果の記録 ⑥モニタリングの結果の記録 ⑦市町村への通知に係る記録 ⑧苦情の内容等の記録 ⑨事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 ※返還請求の時効は、地方自治法により事業者が介護報酬を受け取ってから5年、返還請求において特に必要となる、サービス提供に関する記録はサービス提供から5年間保存する。 ①サービス提供記録 ②従業者の勤務記録 ③介護給付費の請求明細 となっていると思うが、ケアプランの保存も5年間なのか。</p>	<p>今後、本組合では、「(仮称)島原地域広域市町村圏組合介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」及び「(仮称)島原地域広域市町村圏組合介護予防ケアマネジメント実施要綱」を検討中であり、この中で、「記録の整備」も関係項目と定める予定です。</p>	<p>H29.1.24</p>
<p>通所型Cの利用者基本情報は現在使用しているソフトの様式でいいのか。 (12月20日 総合事業説明資料 地域支援係 P35より) ・要支援1、2の認定を持っており、短期集中のサービスを利用する場合には、様式4のプログラム参加にかかるチェックシートは使用せずに、意見書を使用し判断を行うのか。</p>	<p>お見込のとおり、ケアマネジメントA(訪問・通所サービス現行相当と訪問・通所サービスC)の利用者基本情報は現在使用しているソフトの様式で作成してください。(従来のがまだ高齢者基本情報ではありません。) 要支援1、2の認定を持ち、短期集中のサービスを利用する際は主治医意見書をもって参加の判断を行ってください。なお、状況に応じてプログラム参加にかかるチェックシートも活用して確認することは差し支えありません。準備中です。しばらくお待ちください。</p>	<p>H29.1.11</p>

<p>①病院にかかっていない方については、主治医への確認は要らないのか？ ②疾患等について詳しく聞かなくてはならない場合は、本人に同意を得てから主治医に直接面談や診療情報提供書を使用しても構わないかお尋ねします。</p>	<p>①医療機関にかかっていない方については、様式4のプログラム参加にかかるチェックシートの確認は困難となります。 ②本人の情報を把握する際に疾病の状況をより詳しく把握する必要があると判断された場合は、状況に応じて本人の同意のもと診療情報提供書を使用して状況を確認することに関しては差し支えありません。</p>	H29.1.13
<p>医療機関にかかっていない方については、主治医の確認は要らないのか？の返答に、医療機関にかかっていない方についてはチェックシートの確認は困難となりますとあるが、困難なので要らない判断していいという事か？</p>	<p>医療機関にかかっていない方は、基本情報の聞き取りの際に既往歴で高血圧や、脳卒中、心臓病、糖尿病、呼吸器疾患、骨粗しょう症や骨折、関節痛等がある場合は、医療機関に受診しサービス利用につなげる必要があると考えます。サービス利用中に体調の変化があった場合、医療機関へ繋ぐことが困難となるため、安全上の問題から医療機関を受診する必要があると考えます。これまでのマネジメントと同様にとられてください。</p>	H29.3.23
<p>総合事業は、認定を受けなくても「基本チェックリスト」の判定により、スムーズにサービスを利用することができるようになることが利点だと思う。 「プログラム参加に係るチェックシート」は、事業対象者のみ実施とされているが、「指定介護予防支援事業の人員・運営基準第三十条第20号及び指定居宅介護支援事業の人員・運営基準第十三条第18号において、(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導、(介護予防)短期入所療養介護の医療サービスを利用する場合は、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。」と定められており、現行相当の訪問型、通所型サービスの利用については、必要な場合のみ「プログラム参加に係るチェックシート」を使用すればよいのではないのでしょうか。</p>	<p>「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成26年9月30日版】第2問2にもあるように、事業対象者については主治医意見書がないため、運動器関連のプログラムを実施する際は(通所サービス現行相当、通所型C・訪問型サービスC)、心臓病や骨折などの傷病を有する者については、運動を実施することで病状悪化の恐れがあることから医師の確認が必要です。その医師の確認が必要かどうかというアセスメントの段階で、「プログラム参加にかかるチェックシート」を用いて確認をお願いします。また、本組合においては、訪問サービス(現行相当)のみを利用する場合においても同様とします。</p>	H29.3.23
<p>通所型サービスC(短期集中)一般型・筋トレ型について</p> <p>通所型サービスCを利用する場合は、基本チェックリストの運動の項目に該当する利用者のみが利用できるサービスなのか？もしそうであるのであれば、明文化しサービスの利用説明などに載せて欲しい。 また、通所型サービスCの一般型は自分で通えるのであれば、他町を含め2ヶ所の同時利用が可能であるとの事であったが、一般型と筋トレ型の併用も可能であるか？</p> <p>・要支援1・2の認定を持っている利用者が通所型サービスC(短期集中)一般型・筋トレ型のサービスを利用する場合には、事業対象者のように基本チェックリストの運動機能に該当しないとサービスの利用はできないのか？</p>	<p>通所型サービスCは、基本チェックリストに該当する方はすべて利用できます。また、一般型と筋トレ型の併用も可能です。 要支援1、2の方が通所型サービスCを利用する場合も、運動機能の該当の有無にかかわらず利用できます。</p>	H29.1.17
<p>介護予防ケアマネジメント報告様式について、介護予防サービス支援計画書とアセスメントシートが両方必要な時はどのようなときか</p>	<p>介護予防サービス・支援計画書はケアマネジメントAの利用者に対し必ず使用していただく様式となります。アセスメントシートの提出は必要ありません。したがって、両方必要となるパターンは想定しておりません。アセスメント実施時にアセスメントシートを活用していただく分には差し支えありません。</p>	H29.1.17

担当者会議の開催を必要とするサービスと不要なサービスと一見して分かるようなシートをあれば助かります

⇒担当者会議は、ケアマネジメントAの場合は必要です。たとえば、通所・訪問サービスCを利用の場合は必要です。訪問型サービスAのみを単独で利用する場合のみ担当者会議は不要です。
 担当者会議はプラン作成時と変更時に実施してください。
 また、認定の有効期間がある方で29年4月にプランの軽微な変更のみ実施する場合は、担当者会議は不要です。次回の要支援認定や事業対象者となられたときに合わせたプラン作成時から担当者会議を実施してください。
 委託している場合については、これまでの要支援者の委託と同様の扱いで担当者会議を実施してください。

H29.1.17

サービス	ケアマネジメント	担当者会議
訪問・通所サービス(現行相当)	A	○
訪問・通所サービス(短期集中)	A	○
訪問型サービスA(10分訪問)	C	×
現行相当と短期集中の併用	A	○
現行相当利用中に10分訪問を追加	A	×
短期集中利用中に10分訪問を追加	A	×
予防給付のサービスに短期集中を追加	予防給付のマネジメント	○
予防給付のサービスに10分訪問を追加	予防給付のマネジメント	×

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

質問		回答	回答UP日																														
<p>介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの届出について 要支援者→事業対象者の場合に「介護予防ケアマネジメント依頼書」を提出となっているが、例えば、ショートステイなどの予防給付サービスと訪問型サービス(現行相当)の組み合わせで利用しているが、ある月にたまたま、ショートステイの実績がなかった場合には、サービス事業のみの利用者となるため、そのたびごとに届出をしない必要があるのでしょうか？</p> <p>・介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの届出について</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>区分</th> <th>居宅サービス計画作成依頼届出書</th> <th>介護予防サービス計画作成依頼届出書</th> <th>介護予防ケアマネジメント依頼届出書</th> <th>説明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>介護給付 ⇒ 予防給付</td> <td>× 不要</td> <td>○ 必要</td> <td>× 不要</td> <td>居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>介護給付 ⇒ サービス事業</td> <td>× 不要</td> <td>× 不要</td> <td>○ 必要</td> <td>居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>予防給付 ⇒ サービス事業</td> <td>× 不要</td> <td>× 不要</td> <td>× 不要 ※(場合に より必要)</td> <td>指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため不要</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>要支援者 ⇒ 事業対象者</td> <td>× 不要</td> <td>× 不要</td> <td>○ 必要</td> <td>介護予防ケアマネジメント依頼届出によりサービス事業対象者として登録</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 省略可となっているので不要として取り扱います。但し、従前の認定期間が切れた後からサービス事業の利用を開始する場合には、新規の取り扱いとなり届出は必要です。 ● 予防給付又はサービス事業から介護給付に移行した場合、または要支援者又は事業対象者から要介護者に移行した場合は現行どおり「居宅サービス計画作成依頼届出書」の提出が必要です。</p>		No.	区分	居宅サービス計画作成依頼届出書	介護予防サービス計画作成依頼届出書	介護予防ケアマネジメント依頼届出書	説明	1	介護給付 ⇒ 予防給付	× 不要	○ 必要	× 不要	居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更	2	介護給付 ⇒ サービス事業	× 不要	× 不要	○ 必要	居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更	3	予防給付 ⇒ サービス事業	× 不要	× 不要	× 不要 ※(場合に より必要)	指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため不要	4	要支援者 ⇒ 事業対象者	× 不要	× 不要	○ 必要	介護予防ケアマネジメント依頼届出によりサービス事業対象者として登録	<p>12月20日事業所向け説明会 資料 ⇒ 「介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について」 ⇒ 「1. 介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの届出について」 ⇒ 表中No.4「要支援者→事業対象者」は、要支援の認定有効期間が切れた後、間を空けずに(チェックリストにより)事業対象者になった場合で、【事業対象者】として登録する為の届出です。保険証内の「要介護状態区分等」欄も認定期間を記載した要支援●から有効期間が無い事業対象者へと書替えが必要にもなりますので届出を求めるものです。</p> <p>質問の「例えば」以降は、マネジメント届出表のNo.3「予防給付⇒サービス事業」に該当するものと考えられます。説明欄に記載のとおりで要支援者であることには変わらないものでもあり届出は不要としています。</p>	H29.1.13
No.	区分	居宅サービス計画作成依頼届出書	介護予防サービス計画作成依頼届出書	介護予防ケアマネジメント依頼届出書	説明																												
1	介護給付 ⇒ 予防給付	× 不要	○ 必要	× 不要	居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更																												
2	介護給付 ⇒ サービス事業	× 不要	× 不要	○ 必要	居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更																												
3	予防給付 ⇒ サービス事業	× 不要	× 不要	× 不要 ※(場合に より必要)	指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため不要																												
4	要支援者 ⇒ 事業対象者	× 不要	× 不要	○ 必要	介護予防ケアマネジメント依頼届出によりサービス事業対象者として登録																												
<p>○資料「介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について」の「1. 介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの届出について」</p> <p>事務的に煩雑であり、簡素化できないかと感じます。これまでと比べて、暫定利用ができにくいように感じます。介護予防サービス計画と、介護予防ケアマネジメントはともに実施主体が地域包括支援センターでありますので、両者の届けを統一化することはできないでしょうか？例えば「介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント依頼届」とづるなど。</p> <p>○ケアマネジメントの視点から考えると、ルールが複雑すぎて、全般的にワンストップな支援がどんどんできにくくなっていることに危機感を感じています。簡素化できる場所は、多くの減座の意見を取り入れていただきたいと思います。</p>		<p>様式について、現在の予防分の様式「介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書」について、御意見のとおり、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」(仮称)として兼用のものの作成を考えたいと思います。 作成出来ましたらホームページにてお知らせいたします。</p>	H29.1.13																														
<p>介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意について</p> <p>1. 介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの届出について サービス事業⇒介護給付に移行、又は追加の場合は介護給付⇒サービス事業の場合と同様に介護予防サービス計画作成依頼届書の提出は省略可ということでしょうか。</p>		<p>12月20日事業所向け説明会で使用した資料『介護予防・生活支援サービス事業の請求に係る注意等について』の1頁、1. の表において、 “サービス事業⇒介護給付に移行、又は追加の場合”は、表下部「●」で記載のとおり「居宅サービス計画作成依頼届書」の提出が必要となります。 (介護給付を利用できるのは“要介護”認定を受けている方であり、計画作成者は地域包括支援センターから居宅介護支援事業者に変更となる為) “介護給付⇒サービス事業の場合”は、表中No.2のとおり“予防サービス計画”分ではなく“予防ケアマネジメント”分として提出が必要となります。</p>	H29.1.17																														
<p>届出について全く新規者で届出を出さず、総合事業を受けようと申請した場合、以前関わりをもっていた包括が印字された保険証が交付された場合も受理されるのか</p>		<p>質問のような場合も、介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書の提出が必要です。</p>	H29.1.17																														

定款変更

質問	回答	回答UP日
「総合事業を実施する事業所の指定及びみなし指定について」P2 (1)法人の定款 地域包括支援センター(介護予防支援事業者)の法人の定款を変更しなければいけないのか。	「総合事業を実施する事業所の指定及びみなし指定について」の説明会資料の対象は、主に現在の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の事業所であり ます。 本組が委託する地域包括支援センターの運営法人にあっては、併設する指定 介護予防支援事業を含む定款の取扱いがあるため、別途、該当する運営法人あ てに通知します。	H29.1.24

指定

質問	回答	回答UP日
①市をまたいで利用する利用者が今後考えられる事業所は、被保険者の住所のある市町村の 指定が必要ですか？	「市をまたいで」は、島原広域圏において、島原市、雲仙市、南島原市以外の市 以外の市という意味で回答いたします。 ① 【みなし指定事業所の場合】 平成30年3月利用までは、指定を受ける必要がありません。 【新たに指定された事業所】 お見込のとおりです。	H29.1.17
・雲仙市在住で、諫早市の介護予防通所介護のサービスを現に受けている場合、島原半島で は総合事業が平成29年4月1日より開始、諫早市では移行期間が設けられているようで、平 成29年4月1日以降も継続してサービスが利用継続できるのか？ ・雲仙市在住で、諫早市の介護予防訪問介護のサービスを現に受けている場合、島原半島で は総合事業が平成29年4月1日より開始、諫早市では移行期間が設けられているようで、平 成29年4月1日以降も継続してサービスが利用継続できるのか？	諫早市では、例えば通所型サービス(現行相当)を利用する者の認定期間が平 成29年4月の段階で残っている場合に、認定期間が切れるまでは予防給付の サービスを使い、認定期間が切れたら総合事業のサービスを使うような取扱いと 聞いております。 雲仙市在住の利用者が、諫早市の通所型サービス(現行相当)または訪問型 サービス(現行相当)を平成29年度に利用する場合も、 (1)みなし指定事業所の場合・・・平成30年3月までは事業所の指定手続きなしで 利用できます。ただし、その方が利用しているサービスは、要支援期間が残ってい ても平成29年4月から総合事業のサービスとなります。 (2)みなし指定事業所ではない場合・・・事業所が島原広域の指定を受ける必要 があります。	H29.1.20

<p>2 説明会資料『総合事業を実施する事業所の指定及びみなし指定について』1頁にある</p> <p>「※本組合が指定した事業所のサービスは、本組合の被保険者(住所地特例対象者を除く)および本組合の構成市町に住民票のある他保険者の住所地特例対象者にのみ提供することができます。」</p> <p>とあるが、他市の本組合に住民票のない利用者の利用はできないととらえられるのか？ サービス付高齢者住宅等では、住所変更せずに入居し、住民票は他市のままの入居者もいるが、その方々が本組合のサービスを利用している場合、今後サービスの利用はできないのか？</p> <p>3 本組合の指定を、諫早市の事業者がとった場合、諫早市の事業所は本組合のサービス区分、単価等の制度を用いて、サービス提供をすることになるのか？</p>	<p>2の回答</p> <p>質問に引用してある※の記載は、「②平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護または介護予防通所介護の指定を受けた事業者」の場合に該当します。 ②の事業者のサービスを、本組合の構成市町以外に住民票のある被保険者が利用できる場合は、事業者がその利用者の住民票のある市町村(保険者)の指定を受ける必要があります。</p> <p>但し、「①平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護または介護予防通所介護の指定を受けている事業者(みなし指定事業者)」は、平成30年3月までは事業所の指定手続きなしで利用できます。</p> <p>3の回答</p> <p>本組合の指定を諫早市の事業者が受けた場合、本組合のサービス区分、単価等の制度を用いるのは、島原広域圏内に住所のある利用者の利用したサービスにかかる分のみです。(諫早市民は諫早市の単価等を利用します。)</p>	<p>H29.1.20</p>
---	--	-----------------

利用回数・単位数・単価・支給限度額

質問	回答	回答UP日
<p>介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について（給付係）</p> <p>2. ケアマネジメント 区分支給限度額について 事業対象者の支給限度額(月)が5,003単位となっているが、ガイドラインP109の(給付管理を行う際の目安)、9月30日Q&Aに記されているように、利用者の状態によっては、予防給付の要支援1の限度額を超えることも可能であると記されているが、状態によっては事業対象者であれば要支援1の支給限度額を超えることが可能であるか？</p>	<p>当組合においては、事業対象者の支給限度額は原則どおり要支援1と同じ限度額とし、その限度額を超えるような利用を見込まなければならないような利用者の状態であれば、要介護認定申請を行なっていただくという考え方になります。</p>	<p>H29.1.13</p>

サービス単価の解釈について(地域支援係P26)、(給付係P4の5)

訪問型サービスの利用について、地域支援係の解釈によると、週2回を超える利用については要支援2のみの利用者と記載されているが、給付係のサービス基本単価の記載には、事業対象者と要支援2両者が利用できると思われるが、どちらの記載が正しいのか？

○訪問型サービス(1か月につき)

サービスの種類	単価 (回数単価)
訪問型サービス (現行相当) 週1回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月1～4回利用の場合 月5回利用した場合のみ 1回 266単位/回 1,168単位/月の包括単価
訪問型サービス (現行相当) 週2回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月5～8回利用の場合 月9～11回利用した場合のみ 1回 270単位/回 2,335単位/月の包括単価
訪問型サービス (現行相当) 週2回を超える場合の利用 ・要支援2のみ	月9～12回利用の場合 月13日以上利用の場合 1回 285単位/回 3,704単位/月の包括単価
訪問型サービス A (10分訪問) ・要支援1・2、事業対象者	1回10分で月1～8回利用の場合 1日1回のみ利用可能 委託 1回 100円

5. 介護予防訪問介護相当サービス基本単位等(サービス種類コード:A1・A2③)

No.	区分(対象)	サービス名称	単価区分	算定単位	単位数
1	週1回程度の訪問型サービス (事業対象者・要支援1・要支援2)	訪問型サービス費(IV) 訪問型サービス費(1) 包括単価	回数単価	1回につき	266単位 1,168単位
2	週2回程度の訪問型サービス (事業対象者・要支援1・要支援2)	訪問型サービス費(V) 訪問型サービス費(II) 包括単価	回数単価	1回につき	270単位 2,335単位
3	週2回を超える程度の訪問型サービス (事業対象者・要支援2)	訪問型サービス費(VI) 訪問型サービス費(III) 包括単価	回数単価	1回につき	285単位 3,704単位
4	1回20分未満の短時間サービス (事業対象者・要支援1・要支援2)	訪問型サービス費 (短時間サービス)	回数単価	1回につき	165単位 (1月につき22回まで)

※ No.1～3について(回数単価)を優先します。その合計が(包括単価)を超える場合は(包括単価)での取扱いとなります。

『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』26頁を訂正します。

6. サービス単価

○訪問型サービス(1か月につき)

サービスの種類	単価 (回数単価)
訪問型サービス (現行相当) 週1回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月1～4回利用の場合 月5回利用した場合のみ 1回 266単位/回 1,168単位/月の包括単価
訪問型サービス (現行相当) 週2回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月5～8回利用の場合 月9～11回利用した場合のみ 1回 270単位/回 2,335単位/月の包括単価
訪問型サービス (現行相当) 週2回を超える場合の利用 ・要支援2のみ	月9～12回利用の場合 月13日以上利用の場合 1回 285単位/回 3,704単位/月の包括単価
訪問型サービス A (10分訪問) ・要支援1・2、事業対象者	1回10分で月1～8回利用の場合 1日1回のみ利用可能 委託 1回 100円

H29.1.11
回答
H29.2.9
削除

【変更分】

12月20日事業所向け説明会 資料

■「介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について」

⇒「5. 介護予防訪問介護相当サービス基本単位等」の表中訂正

*No.3の区分枠内 前:(事業対象者・要支援2) ⇒ 後:(要支援2)

*No.4の区分枠内 前:(事業対象者・要支援1・要支援2) ⇒ 後:(要支援2)

2017/2/9
変更分掲
載

訪問型サービス利用の解釈としては

あらかじめ、週1回程度の計画に基づきサービスを利用していた場合は
266単位/回(月4回以下)、1,168単位/月(月5回以上)

あらかじめ、週2回程度の計画に基づきサービスを利用していた場合は
270単位/回(月8回以下)、2,335単位/月(月9回以上)

あらかじめ、週3回程度の計画に基づきサービスを利用していた場合は
285単位/回(月12回以下)、3,704単位/月(月13回以上)

よろしいか？

下記により取扱ってください。

【事業対象者・要支援1・要支援2】

1. 週1回程度の利用計画

・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 266単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で 5回 1,168単位/月

2. 週2回程度の利用計画

・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 266単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で5～8回 270単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で 9回 2,335単位/月

【要支援2】

3. 週2回を超える程度の利用計画

・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 266単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で5～8回 270単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で9～12回 285単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で 13回 3,704単位/月

4. 1回につき20分未満の身体介護を伴う場合

・利用実績が1ヶ月の中で1～22回 165単位/回

・利用実績が1ヶ月の中で 22回超 3,704単位/月

2017/2/9
変更分掲
載

PP資料「6. サービス単価」(26スライド)

例) 要支援2の利用者が訪問型サービスを週2回程度の利用で希望され、マネジメントを行うも、実際には本人の都合もあって、月3回の利用となった時、単価は1回266単位となるのか？もしくは270単位となるのか？

6. サービス単価

○訪問型サービス(1か月につき)

サービスの種類	単価 (回数単価)
訪問型サービス (現行相当) 週1回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月1～4回利用の場合 1回 266単位/回 月5回利用した場合のみ 1,168単位/月の包括単価
訪問型サービス (現行相当) 週2回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月5～8回利用の場合 1回 270単位/回 月9～11回利用した場合のみ 2,335単位/月の包括単価
訪問型サービス (現行相当) 週2回を超える場合の利用 ・要支援2のみ ・要支援2、事業対象者(要支援2(190)ITB)	月9～12回利用の場合 1回 285単位/回 月13回以上利用の場合 3,704単位/月の包括単価
訪問型サービス A (10分訪問) ・要支援1・2、事業対象者	1回10分で月1～8回利用の場合 委託 1回 100円 1日1回のみ利用可能

コード表A1: 訪問型サービス(みなし)サービスコード表により、質問のケースの月3回利用の場合は、「A1 2411」の行に該当し、266単位となります。

介護度と回数の組み合わせにより回数単価の取扱が変わります。間違いやすいですので、コード表でご確認をお願いします。

H29.1. 6
回答
H29.2.9
質問の表
削除

サービス単価の解釈について(地域支援係P27)、(給付係P4の6)

通所型サービスの利用について、地域支援係は週1回程度の利用は、事業対象者、要支援1、要支援2ができ、週2回程度の利用についても同様の利用対象となっている。給付係の解釈では月に4回までの利用が、事業対象者と要支援1の方、月に5回から8回までの利用が、事業対象者と要支援2の方となっているが、どちらの記載が正しいのか？

あらかじめ、

週1回程度の計画に基づきサービスを利用していた場合は
378単位/回(月4回以下)、1,647単位/月(月5回以上)

あらかじめ、週2回程度の計画に基づきサービスを利用していた場合は

389単位/回(月8回以下)、3,377単位/月(月9回以上)

でよろしいか？

○通所型サービス(1か月につき)

サービスの種類	単価 (回数単価)
通所型サービス (現行相当) 週1回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月1~4回利用の場合 1回 378単位/回 月5回利用した場合のみ 1,647単位/月の包括単価
通所型サービス (現行相当) 週2回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者	月5~8回利用の場合 1回 389単位/回 月9~11回利用の場合のみ 3,377単位/月の包括単価

6. 介護予防通所介護相当サービス基本単位等(サービス種類コード:A5・A6①)

No.	区分	サービス名称	単価区分	算定単位	単位数
1	1月中で4回までの通所型サービス (事業対象者・要支援1)	通所型サービス1回数	回数単価	1回につき	378単位
		通所型サービス1	包括単価	1月につき	1,647単位
2	1月中で5~8回までの通所型サービス (事業対象者・要支援2)	通所型サービス2回数	回数単価	1回につき	389単位
		通所型サービス2	包括単価	1月につき	3,377単位

※(回数単価)を優先します。その合計が(包括単価)を超える場合は(包括単価)での取扱いとなります。

『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』27頁を訂正します。
なお、要支援2の方が、週2回利用の計画を立て、実績が月1~4回となった場合も、389単位/回で請求となります。

○通所型サービス(1か月につき)

サービスの種類	単価 (回数単価)
通所型サービス (現行相当) 週1回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者 ・要支援1、事業対象者 (下線部分H29.1.訂正)	月1~4回利用の場合 1回 378単位/回 月5回利用した場合のみ 1,647単位/月の包括単価
通所型サービス (現行相当) 週2回程度の利用 ・要支援1・2、事業対象者 ・要支援2、事業対象者 (下線部分H29.1.訂正)	月5~8回利用の場合 1回 389単位/回 月9~11回利用の場合のみ 3,377単位/月の包括単価

【変更分】

12月20日事業所向け説明会 資料

■『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』

⇒27頁を訂正

*表中中段枠内 前:(要支援1・2、事業対象者) ⇒ 後:(事業対象者、要支援1)

*表中下段枠内 前:(要支援1・2、事業対象者) ⇒ 後:(要支援2)

■「介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について」

⇒「6. 介護予防通所介護相当サービス基本単位等」の表中訂正

*表中No.2の区分枠内 前:(事業対象者・要支援2) ⇒ 後:(要支援2)

H29.1.11
回答
H29.2.9
削除

2017/2/9
変更分掲
載

<p>①要支援1だった利用者が事業対象者になった。それまで週1回の通所利用だったが、希望すれば週2回利用できるのか？訪問も同様</p>	<p>通所型サービス(現行相当)に関しては、サービスコード表A5のとおり、要支援1の方は週1回程度の利用ですが、事業対象者は週1～2回程度利用できます。訪問型サービス(現行相当)に関しては、サービスコード表A1のとおり、要支援1の方は週2回を超える利用はできませんが、事業対象者は週2回を超える利用ができます。</p> <p>ただし、支給限度額は要支援1と同じですのでご注意ください。</p> <p>単に利用者の要望をかなえる補完的なサービス調整を行うのではなく、適切なマネジメントのもとに利用者本人が主体的な取り組みが実践できるような調整が必要となります。</p>	<p>H29.1.6</p>
<p>③平成29年4月以降、要支援2の利用者で、本人の希望により週1回しか通所利用していない人。総合事業での算定単位は、通所型サービス1か2か？</p>	<p>【変更分】 下記により取扱ってください。</p> <p>【事業対象者・要支援1】</p> <p>1. 週1回程度の利用計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 378単位/回 ・利用実績が1ヶ月の中で 5回 1,647単位/月 <p>【要支援2】</p> <p>2. 週2回程度の利用計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 389単位/回 ・利用実績が1ヶ月の中で5～8回 389単位/回 ・利用実績が1ヶ月の中で 9回 3,377単位/月 <p>要支援2の方は、計画または実績が月1～4回の場合でも、(通所型サービス2)389単位/回で請求となります。</p>	<p>2017/2/9 変更分掲載</p>

<p>介護予防・日常生活支援総合支援事業費 単位数サービスコード表</p> <p>訪問型・通所型ともに日割のコードが設定されているが、総合支援事業に日割算定の対象となる事由があるのか。</p>	<p>A1及びA5のコード表は、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の現行相当サービスとして“みなし”事業者が請求時使用するコード表として国から示されたもので単位数やメニューは変更不可のものとなっております。現行相当ですの で予防給付のように包括単価に関連する日割コードが設定されており、それに加えて回数単価が設定された構成になっています。 当組合においては、回数単価を優先して回数単価の合計が包括単価を超える場合に包括単価での請求という方針ですので、日割算定をするケースは考えつかないのが実情です(包括単価を優先としている保険者では日割算定はあると思います)。 資料「介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について」の「4. 訪問・通所・ケアマネジメントのサービス種類コード等について」記載のとおり、みなし指定事業者と平成27年4月1日以降に指定を受ける事業者のどちらでも同じメニューとするためのA2①及びA6①を作成しております。 未定ではありませんが、みなし指定終了後の平成30年4月以降のサービス(コード)においては日割算定コード明記削除も含め、新たなメニューを検討することも考えられます。</p>	<p>H29.1.17 回答 H29.2.9 削除</p>
<p>1、Q&AH29.1.17の回答の確認。当組合において日割算定をするケースは考え付かないとありますが以下のケースはどのようになるのでしょうか？</p> <p>① 月途中で要支援1⇔要支援2の場合。 ② 月途中での事業サービスの変更時 例)訪問サービスから通所サービス。 A事業所からB事業所に変更する ③ 要支援の方がショートステイ利用時前後でヘルパー利用など ④ 総合事業利用中の月途中で認定を受けて地域密着やG・H入所された。 ⑤ 月途中で利用者が死亡した場合 ⑥ 月途中で市外に引っ越しされた場合。</p>	<p>【変更分】</p> <p>A1及びA5のコード表は、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の現行相当サービスとして“みなし”事業者が請求時使用するコード表として国から示されたもので単位数やメニューは変更不可のものとなっております。現行相当ですの で予防給付のように包括単価に関連する日割コードが設定されており、それに加えて回数単価が設定された構成になっています。 当組合においては、回数単価を優先して回数単価の合計が包括単価を超える場合に包括単価での請求という方針ですので、日割算定をするケースは考えつかないのが実情です(包括単価を優先としている保険者では日割算定はあると思います)。 (後半部分削除)</p> <p>全て、変化前の認定区分での利用実績回数と変化後の認定区分での利用実績回数に分けて考えてください。その合計が利用限度額までについては介護保険適用となります。また、回数単価の合計は包括単価を超えることが出来ませんので、同種サービスでの認定区分の変化時では、実績の合計が重いほうの包括単価を超えた場合は、重いほうの包括単価までの保険請求となります。</p> <p>① ・要支援1での利用実績回数+要支援2での利用実績回数<要支援2の包括単価 ⇒左辺で算定した請求 ・要支援1での利用実績回数+要支援2での利用実績回数>要支援2の包括単価 ⇒右辺の要支援2の包括単価での請求</p> <p>② それぞれのサービスの利用実績のみで回数単価か包括単価で算定し、利用限度額まで介護保険適用</p> <p>③ 月内のヘルパー利用実績(回数単価又は包括単価)+ショートステイ利用実績で算定し、利用限度額まで介護保険適用</p> <p>④ (いくつかのパターンが考えられますので省略)</p> <p>⑤ 死亡による資格喪失される前までの利用実績回数</p> <p>⑥ 転出による資格喪失される前までの利用実績回数</p>	<p>2017/2/9 変更分掲載</p> <p>H29.2.9</p>

<p>介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意について</p> <p>3. 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係 要介護の認定を持っている通所介護サービスの利用者の認定審査が遅れた場合のサービス利用と費用の関係について。 例えば、4月30日で有効期間終了し5月1日から新しい有効期間の場合で、認定審査が遅れたため暫定にて通所介護サービスを利用したが、5月15日に要支援認定が出た場合は、現在は包括支援センターと連携し暫定のケアプランを作成していれば、介護予防通所サービスにて請求できたが、今後は全額自己負担となるのか。</p>	<p>ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定されていません(「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」P69下段より)。 しかし、ご質問の“連携を取っている”ケースは、当組合において示している『要介護(要支援)認定申請中での介護サービス利用(暫定利用)に関する取り扱いについて(通知) 25島広第1120号 平成26年1月10日』内の連携を取ってケアプランの自己作成が発生しない場合の「3」に該当するものと解され、手順に準じて対応することにより全額自己負担とならないようになります。</p>	<p>H29.1.17</p>
<p>3. 暫定利用について H29. 1. 17のQ&Aを受けて 全額自己負担とならないようになります。とあるが、事業対象者が4月より通所サービス(現行相当)を利用中に状態の変化があり4月20日に介護保険申請暫定サービス利用必要あり包括、居宅と連携し4月21日より予防プランで福祉用具レンタルと訪問サービス(現行相当)を利用。結果月が替わって5月15日に要介護認定が下りた場合利用料金はそれぞれどうなるか？</p>	<p>この質問のケースでは、12月20日事業所向説明会で使用した資料『介護予防・生活支援サービス事業の請求に係る注意等について』の「3. 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係」[事例4]を参照していただければと思います。請求の方法が2通り有り、取り扱い方次第で福祉用具レンタル又は訪問サービス(現行相当)のどちらかに全額自己負担が発生します。全額自己負担とならないサービスの自己負担は1割(または2割)の自己負担が発生します。</p>	<p>H29.2.9</p>
<p>介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意について</p> <p>3. 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係 [事例4]の請求方法②事業対象者として取り扱う場合について、給付サービスの自己負担額は判定された要介護度の単位数の全額負担という考えでよろしいのか。</p>	<p>お見込のとおりです。</p>	<p>H29.1.17</p>
<p>訪問系サービス(現行相当)を受けるにあたり3回/週以上利用される対象者は要支援2のみか、事業対象者も含まるのか</p>	<p>要支援2の方のみです。事業対象者は含まれません。</p>	<p>2017/2/9</p>

<p>【H29.01.06更新】総合事業説明会に関するQ&A P10より</p> <p>要支援2の利用者が訪問型サービスを週2回程度の利用で希望され、マネジメントを行うも、実際には本人の都合もあって、月3回の利用となった時は、コード表A1:訪問型サービス(みなし)サービスコード表により、質問のケースの月3回利用の場合は、「A1 2411」の行に該当し、266単位との回答であったが、予めの計画ではなく回数のみで判断するのであれば、要支援2の利用者が何らかの理由により月5回、月に9回の利用をされた場合は、定額制になるのか回数単価になるのか？また、Q&Aの解釈でいくと、例えば週3回の計画にて、実績が7回利用した場合は270単位なるのかなど、一事例ではなく、考えられるすべての回答を根拠を記し回答して欲しい。</p> <p>・要支援2の利用者が通所型サービスを週2回程度の利用で希望され利用されるが、何らかの理由により、月3回の利用となった場合。通所型サービス(みなし)サービスコード表が存在しないが、この場合の取り扱いはどうなるのか？</p> <p>また、実績で判断するのであれば、事業対象者が月に5回された場合は定額制になるのか回数単価になるのか？</p>	<p>(前段) ・訪問型サービス ⇒現在、県国保連から中央会へ問合せ中です(1月12日現在)。 ⇒回答によって、現在示しているH29.1.6更新の回答を修正する可能性があります。 ⇒回答の連絡が入り次第、回答を作成いたしますのでしばらくお待ちください。</p> <p>(後段) ・通所型サービス 要支援2の方の利用は、計画も実績による請求も8回までの利用について1回につき389単位のコードを使用してください。9回の利用時は包括単価の1月につき3,377単位のコードを使用してください(要支援1は、同様の考え方で要支援1のコードを使用してください)。 事業対象者については、本組合では要支援1同等の位置づけとしております(ケアマネジメント区分支給限度額を参照)ので、要支援1の方と同じコードを使用してください。</p>	<p>H29.1.17 回答 H29.2.9 削除</p>																																																
	<p>【変更分】</p> <p>(前段)訪問型サービス 下記により取扱ってください。</p> <p>【事業対象者・要支援1・要支援2】</p> <p>1. 週1回程度の利用計画</p> <table border="0"> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で1～4回</td> <td>266単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で 5回</td> <td>1,168単位/月</td> <td></td> </tr> </table> <p>2. 週2回程度の利用計画</p> <table border="0"> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で1～4回</td> <td>266単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で5～8回</td> <td>270単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で 9回</td> <td>2,335単位/月</td> <td></td> </tr> </table> <p>【要支援2】</p> <p>3. 週2回を超える程度の利用計画</p> <table border="0"> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で1～4回</td> <td>266単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で5～8回</td> <td>270単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で9～12回</td> <td>285単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で 13回</td> <td>3,704単位/月</td> <td></td> </tr> </table> <p>4. 1回につき20分未満の身体介護を伴う場合</p> <table border="0"> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で1～22回</td> <td>165単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で 22回超</td> <td>3,704単位/月</td> <td></td> </tr> </table> <p>(後段)通所型サービス 下記により取扱ってください。</p> <p>【事業対象者・要支援1】</p> <p>1. 週1回程度の利用計画</p> <table border="0"> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で1～4回</td> <td>378単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で 5回</td> <td>1,647単位/月</td> <td></td> </tr> </table> <p>【要支援2】</p> <p>2. 週2回程度の利用計画</p> <table border="0"> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で1～4回</td> <td>389単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で5～8回</td> <td>389単位/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・利用実績が1ヶ月の中で 9回</td> <td>3,377単位/月</td> <td></td> </tr> </table>	・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	266単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で 5回	1,168単位/月		・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	266単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で5～8回	270単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で 9回	2,335単位/月		・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	266単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で5～8回	270単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で9～12回	285単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で 13回	3,704単位/月		・利用実績が1ヶ月の中で1～22回	165単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で 22回超	3,704単位/月		・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	378単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で 5回	1,647単位/月		・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	389単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で5～8回	389単位/回		・利用実績が1ヶ月の中で 9回	3,377単位/月		<p>2017/2/9 変更分掲載</p>
・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	266単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で 5回	1,168単位/月																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	266単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で5～8回	270単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で 9回	2,335単位/月																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	266単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で5～8回	270単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で9～12回	285単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で 13回	3,704単位/月																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で1～22回	165単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で 22回超	3,704単位/月																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	378単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で 5回	1,647単位/月																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で1～4回	389単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で5～8回	389単位/回																																																	
・利用実績が1ヶ月の中で 9回	3,377単位/月																																																	

総合事業説明会に関するQ&A (P15)より

・「事業対象者について、本組合では要支援1同等の位置づけとしております(ケアマネジメント区分支給限度額を参照)ので、要支援1の方と同じコードを使用していただくことになります」との回答であるが、組合の説明会の資料によると事業対象者も週2回の通所型サービス現行相当利用の想定がなされているが、要支援1の方と同じコードを使用するとは具体的にどういった内容を示すのか？利用回数の解釈については、請求に係るところでもあるので、具体的な例を挙げて回答をお願いしたい。

今までの島原地域広域市町村圏組合Q&A解釈によると(通所型サービス現行相当)

対象者	利用料金
要支援1 (1回/週程度利用)	月に1~4回までの利用: 378円/回 月に5回利用: 1,647円/月
要支援2 (1回/週程度利用)	月に5~8回までの利用: 389円/回 ※ 月に4回までの利用であっても、389円/回 (組合解釈) 月に9回~11回利用: 3,377円/月
事業対象者 (1回/週程度利用)	月に1~4回までの利用: 378円/回 月に5回利用: 1,647円/月
事業対象者 (2回/週程度利用)	月に5~8回までの利用: 389円/回 月に9回~11回利用: 3,377円/月

※ 事業対象者が月に週2程度の利用であったが、諸事情により月に4回までの利用であった場合の単価はどうなるのか？

要支援1及び事業対象者の方は、計画も実績による請求も4回までの利用について、1回につき378単位のコードを使用してください。5回の利用時は包括単価の1月につき1,647単位のコードを使用してください。本組合において、質問表中最下段の『事業対象者(2回/週程度利用)』の取り扱いをしないということです。

●『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』27ページ表中下段を訂正します。(Q&A13ページ修正分を再修正)

通所型サービス(現行相当)週2回程度の利用

誤) 要支援2、事業対象者(正) 要支援2

●『介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について』4ページ「6. 介護予防通所介護相当サービス基本単位等」表中No.2区分欄内を訂正します。

1月中で5~8回までの通所型サービス

誤) 事業対象者・要支援2(正) 要支援2

注①: サービスコード表においては、“みなし”との兼ね合いから上記該当部分について事業対象者の字句を残したままとしますので、御注意ください。

注②: 要支援1は除いた要支援2と同じ欄に記載されている“事業対象者”は、限度額が原則要支援1とされている事業対象者に対し、その限度額を超えて利用を認める保険者において適用されるものと捉えてください。本組合ではQ&A11ページのとおり超えることを認めないこととしております。

注③: 訪問型における取扱いについては、Q&A15ページ記載のとおり確認が取れ次第お示しする予定です。

○通所型サービス(1か月につき)

サービスの種別	対象者	回数	単価	回数単価
通所型サービス (現行相当)	月に1~4回利用の場合	1回	378単位/回	
週1回程度の利用	月に5回利用した場合のみ		1,647単位/月の包括単価	
※ 要支援1、事業対象者				
通所型サービス (現行相当)	月に5~8回利用の場合	1回	389単位/回	
週2回程度の利用	月に9~11回利用の場合のみ		3,377単位/月の包括単価	
※ 要支援2、事業対象者				

△介護予防通所介護相当サービス基本単位等(サービスコード:A5-A6①)

No.	区分	サービス名称	単価区分	算定単位	単位数
1	1月中で4回までの通所型サービス	通所型サービス①	回数単価	1回につき	378単位
	(事業対象者・要支援1)	通所型サービス①	包括単価	1月につき	1,647単位
2	1月中で5~8回までの通所型サービス	通所型サービス②	回数単価	1回につき	389単位
	(事業対象者・要支援2)	通所型サービス②	包括単価	1月につき	3,377単位

※ (回数単価)を優先します。その合計が(包括単価)を超える場合は(包括単価)での取扱いとなります。

【変更分】

要支援1及び事業対象者の方は、計画も実績による請求も4回までの利用について、1回につき378単位のコードを使用してください。5回の利用時は包括単位の1月につき1,647単位のコードを使用してください。本組合において、質問表中最下段の『事業対象者(2回/週程度利用)』の取り扱いをしないということです。

●『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』27ページ表中下段を訂正します。(Q&A13ページ修正分を再修正)

通所型サービス(現行相当)週2回程度の利用

誤) 要支援2、事業対象者 正) 要支援2

●『介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について』4ページ「6. 介護予防通所介護相当サービス基本単位等」表中No.2区分欄内を訂正します。

1月中で5～8回までの通所型サービス

誤) 事業対象者・要支援2 正) 要支援2

注①: 要支援1は除いた要支援2と同じ欄に記載されている“事業対象者”は、限度額が原則要支援1とされている事業対象者に対し、その限度額を超えて利用を認める保険者において適用されるものと捉えてください。本組合ではQ&A11ページのとおり超えることを認めないこととしております。

○通所型サービス(1か月につき)

サービスの種類	単価 (回数単価)
通所型サービス (現行相当) 週1回程度の利用	月1～4回利用の場合 1回 378単位/回 月5回利用した場合のみ 1,647単位/月の包括単価
※実施しない事業対象者: 事業対象者 ※要支援1、事業対象者: 事業対象者	
通所型サービス (現行相当) 週2回程度の利用	月5～8回利用の場合 1回 389単位/回 月9～11回利用の場合のみ 3,377単位/月の包括単価
※実施しない事業対象者: 事業対象者 ※要支援2、事業対象者: 事業対象者	

6. 介護予防通所介護相当サービス基本単位等(サービス種類コード:A5-A6①)

No.	区分	サービス名称	単価区分	算定単位	単位数
1	1月中で4回までの通所型サービス (事業対象者・要支援1)	通所型サービス1回数	回数単価	1回につき	378単位
		通所型サービス1	包括単価	1月につき	1,647単位
2	1月中で5～8回までの通所型サービス (事業対象者・要支援2)	通所型サービス2回数	回数単価	1回につき	389単位
		通所型サービス2	包括単価	1月につき	3,377単位

※(回数単価)を優先します。その合計が(包括単価)を超える場合は(包括単価)での取扱い請求となります。

<p>②市をまたいで利用する場合の単位は、事業所の存在する市町村の単位を用いることでよいのですか？</p>	<p>①②の「市をまたいで」は、島原広域圏において、島原市、雲仙市、南島原市以外の市という意味で回答いたします。</p> <p>② 【みなし指定事業所の場合】 平成30年3月利用までは、サービスコードのA1・A5(全国共通)の単位数を用いることとなります。</p> <p>【新たに指定された事業所】 市をまたいで利用する場合の単位は、その利用者の保険者が定めた(サービスコードのA2・A6など)単位を用いることとなります。</p>	<p>H29.1.17</p>
<p><右上の回答に対する再質問> ①1月17日に更新されたQAの15頁②の質問に対する回答で、市をまたいで利用する場合の単位について記されていますが、「その利用者の保険者が定めた単位」とは、具体的には、例えば、諫早市の利用者が雲仙市の事業所を利用された場合、雲仙市の事業所の単位ではなく、諫早市の単位を用いることとなりますか？ その場合、諫早市は月額制、回数制は時間短縮の利用に適用されていますが、どのような対応となりますか？</p>	<p>例示されている諫早市の利用者が雲仙市の事業所を利用された場合は、諫早市のサービスコード表を用いてください。 そのとき回数単価等の取扱いが異なる場合がありますが、それも諫早市のルールで請求してください。</p>	<p>H29.1.20</p>
<p>サービス事業所は、総合事業開始後の請求時に必要なコード表について、CSVで取り込みができるのか、または毎月手入力で全員分を入力しなければならないのか？</p>	<p>サービスコード表については、CSV形式でのデータ提供は考えておりません。説明会資料の【単位数サービスコード表】をエクセルでホームページに掲載いたします。</p>	<p>H29.1.20 回答 H29.2.9 削除</p>
<p>サービス事業所は、総合事業開始後の請求時に必要なコード表について、CSVで取り込みができるのか、または毎月手入力で全員分を入力しなければならないのか？</p>	<p>【変更分】 サービスコード表については、CSV形式でのデータ提供は考えておりません。説明会資料の【単位数サービスコード表】をエクセルでホームページに掲載いたします。 コード表は3月まで変更をかける可能性があります。変更した場合は、ホームページ上へ変更分として掲載いたします。</p>	<p>2017/2/9 変更分掲載</p>
<p>通所介護(現行型)の加算及び減算項目についてです。 運動機能向上加算、事業所評価加算等の加算項目は今までのように国の基準を満たしていれば今までと同じように算定できるのでしょうか？ 同一建物減算も今までと同じでしょうか？</p>	<p>お見込のとおりです。</p>	<p>H29.1.24</p>
<p>●事業対象者のサービス提供体制強化加算について 通所型サービス(現行型)を利用する場合、サービス提供体制強化加算は要支援1、2で分かれています。事業対象者の場合にはどのような場合にどちらを算定するのでしょうか？</p>	<p>事業対象者について、本組合では要支援1と同等の位置づけをしております(ケアマネジメント区分支給限度額を参照)ので、要支援1の方と同じコードを使用していただくこととなります。</p>	<p>H29.2.9</p>
<p>総合事業説明会(12月20日)給付係説明 P6 11. 給付制限の取扱い ・島原地域広域市町村圏組合においては、サービス事業に対しては給付制限を設けないとのことであったが、この場合の介護保険負担割合証の交付はなされるのか？ ・給付制限がかかっている利用者に対して、行政や包括などにおいてサービス事業であれば利用可能であると社会資源集などに明記してよいのか？</p>	<p>・負担割合証は交付します。 ・当組合においてはサービス事業には給付制限を適用しませんが、他保険者においては給付制限を適用する場合があります。また、当組合において、要支援者で被保険者証に給付制限の記載がある方が、予防給付とサービス事業の両方のサービスを利用する場合には、予防給付には給付制限が適用されるため、注意が必要です。 よって、社会資源集などに記載する場合は、細心の注意を払い記載するようお願いいたします。</p>	<p>H29.2.9</p>

<p>説明会Q&Aの13頁「サービス単価の解釈について(地域支援係P27)(給付係P4の6)」への回答として、「要支援2の方が、週3回利用の計画を立て、実績が月1～4回となった場合も、389単位/回で請求となります。」とありますが、事業対象者で、週2回の利用計画である利用者も同様になりますか？</p>	<p>本組合において、事業対象者は要支援1相当ととらえていますので、通所型サービス(現行相当)において、事業対象者の利用について週2回の計画を立てることはできません。</p>	<p>H29.2.9</p>
<p>訪問型サービスの1回20分未満の時短サービスは月に22回までとあるので、1日の利用回数には制限はないと判断していいのか？</p>	<p>当組合における「訪問型サービス費(短時間サービス)」の考え方を次のようにいたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者区分 … 要支援2 ・サービス内容 … 1回につき、20分未満の身体介護を伴うサービス(生活援助のみの場合は訪問型サービスA「10分訪問」を検討) ・算定単位数等 … <ul style="list-style-type: none"> 利用実績が1ヶ月の中で1～22回の場合 ⇒ 165単位/回 利用実績が1ヶ月の中で22回超 ⇒ 3,704単位/月 ・1日の利用回数 … 2回までの利用を原則といたします。但し、計画後、月途中の被保険者の状態等の変化により1日に2回を超える利用が適当と判断された場合は、この限りとしなすことといたします。その場合でも上記算定単位数の取扱いの変更はありません。 	<p>H29.2.9</p>
<p>通所型サービスで要支援2の利用単価は8回までは1回389単位、事業対象者は4回までは1回378単位で5回～8回の利用では1回389単位になるのか？</p>	<p>本組合において、事業対象者は要支援1相当ととらえていますので、通所型サービス(現行相当)利用において、事業対象者はご質問の5～8回の利用(週2回程度)の対象といたしません。</p>	<p>H29.2.9</p>
<p>通所介護(現行型)の同一建物減算についてです。 例)要支援2の利用者が月初めに利用し、その月は一回だけの利用であった。</p> <p>この場合、一回あたりの利用料389単位、減算752単位となり、合計してもマイナスになるのですが、同一建物減算も回数単価にはならないのでしょうか。 ご教授いただければと思います。</p>	<p>総合事業における通所介護サービスの同一建物減算は、回数単価にはなりません。</p> <p>ご質問されている事例の場合、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロになるまで減算することとなります。(厚労省確認済)</p> <p>参照:平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)(平成24年3月16日)問132 平成27年5月22日事務連絡により一部修正 介護報酬の解釈(青本)平成27年4月版P1005</p> <p>なお、算定する加算が全くない場合には減算を適用せずに請求することは可能です。しかしながら、予防給付に則っていますので、適用すべき加算があるにもかかわらず加算と減算の両方を適用せずに基本単価だけで請求することはできませんのでご注意ください。(厚労省確認済)</p>	<p>H29.4.3</p>

<p>総合事業質問では、回数単価であるが運動機能向上加算(225単位/月)の要件は変わるのか？ 同一建物加算1(-376単位/月)であるが、回数単価で月1回(378単位)や2回の利用でも減算されるのか？</p>	<p>総合事業における加算の要件は、回数単価になっても変わりません。(厚労省確認済)</p> <p>総合事業における通所介護サービスの同一建物減算は、ご質問のように回数単価で月1回や2回の利用であっても減算対象となります。減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロになるまで減算することとなります。(厚労省確認済)</p> <p>参照:平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)(平成24年3月16日)問132 平成27年5月22日事務連絡により一部修正 介護報酬の解釈(青本)平成27年4月版P1005</p> <p>なお、算定する加算が全くない場合には減算を適用せずに請求することは可能です。しかしながら、予防給付に則っていますので、適用すべき加算があるにもかかわらず加算と減算の両方を適用せずに基本単価だけで請求することはできませんのでご注意ください。(厚労省確認済)</p>	<p>H29.4.3</p>
---	---	----------------

<p>・当初の説明会にて、要介護状態区分の大小関係について説明があり、要支援1 < 事業対象者 < 要支援2 であると資料にも記載があったがその後のQ&Aでの訂正で、要支援1と事業対象者は同じ位置づけの様に記載してあるが、事業対象者 = 要支援1 < 要支援2 の考え方でよいのか？</p> <p>また、事業対象者と要支援1が同等とらえるならば、事業対象者において通所型サービスにて、週2回の計画をたてる事ができないように、要支援1でも週2回以上の計画をたてる事ができないのか。通所の週2回以上の計画の必要性が認められるのであれば、区分変更申請の対象と考えてよいのか。同様に要支援2の方の週3回以上についても。</p> <p>同一建物減算について、要支援1、事業対象者 -376単位 要支援2 -752単位の減算があるが、利用実績に応じた減算方法にできないのか。仮に要支援1、要支援2の方が、私用や病欠にて月に1、2回の利用実績のみのケースもあるので、その場合、減算を日割りという考え方にしないと、マイナス収入になりえる。</p>	<p>①について 本組合のQ&Aに記載しておりますように、本組合においては事業対象者を要支援1と同等の位置づけをしておりますので、要支援1＝事業対象者<要支援2のとらえ方をさせていただきます。</p> <p>②について 本組合においては事業対象者を要支援1と同等の位置づけをしておりますので、本組合のQ&A(P24)に記載しておりますように要支援1の方は週2回以上の利用は対象としておりません。 要支援1の方で身体状況等から通所介護週2回以上計画する必要がある場合、また、要支援2の方で身体状況等から週3回以上計画する必要がある場合には、区分変更申請の検討対象となります。</p> <p>③について 総合事業における通所介護サービスの同一建物減算は、利用実績に応じた減算方法にはできません。減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロになるまで減算することとなります。(厚労省確認済)</p> <p>参照:平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)(平成24年3月16日)問132 平成27年5月22日事務連絡により一部修正 介護報酬の解釈(青本)平成27年4月版P1005</p> <p>なお、算定する加算が全くない場合には減算を適用せずに請求することは可能です。しかしながら、予防給付に則っておりますので、適用すべき加算があるにもかかわらず加算と減算の両方を適用せずに基本単価だけで請求することはできませんのでご注意ください。(厚労省確認済)</p>	H29.4.3
<p>・10分間訪問シルパー人材センターが担当すると聞きました。 ヘルパーという家事援助は、支援2(同居家族がいる 隣に子供の家がある)見なされる状態であっても利用できるのか？</p> <p>・現行相当のヘルパーについて ①1回1時間程度・・・事務所によって違いがあるのか？今までは1回40分程度だった為 ②20分未満(身体介護)・・・1日2回の利用は何か？内容的にはどのような事が予測されるか？</p>	<p>10分訪問の利用については、要支援2の方も利用ができます。 訪問介護の生活援助(家事援助)のサービスと同様で、介護予防を目的として行うもので10分以内実施できるサービスです。10分訪問を続けて2回利用することはできません。同居家族の定義については、これまでの介護予防訪問介護の定義と同様とします。また、これらの生活援助に加え、見守り・声かけや本人の生活上に必要な生活援助など柔軟な支援が可能となります。しかし、嗜好品の買い物や庭木の手入れ、動物の世話等は本人の生活上必要な支援とは考えられないため対象外とします。</p> <p>現行相当のヘルパー支援について ①今まで40分から1時間程度で提供されていた場合が多いようであるが総合事業移行後も時間に対する取扱いはこれまで同様とします。 ②詳細については「介護報酬の解釈 平成27年4月版」を参照ください。</p>	H29.4.3

要支援2の通所型サービスの回数について
 総合事業の事業説明会の地域支援係P27の通所型サービス(1か月につき)
 と
 総合事業Q&AのP17、18の平成29年2月9日変更分掲載の【変更分】につい
 ての質問です。
 Q&A【変更分】の回答に「要支援2 利用実績が1ヶ月の中で9回は3,377単位
 /月」とありますが、要支援2の方は週2回程度の利用であっても1月9回又はそ
 れ以上利用することが出来ますか。

○通所型サービス(1か月につき)

サービスの種類	対象	利用計画	単位数
通所型サービス (現行相当)	事業対象者 要支援1	週1回程度	利用実績が月1～4回 378単位/回 利用実績が月5回 1,647単位/月
	要支援2	週2回程度	利用実績が月1～4回 389単位/回 利用実績が月5～8回 389単位/回 利用実績が月9～11回 3,377単位/月

【変更分】	2017/2/9 変更分掲載
下記により取扱ってください。 【事業対象者・要支援1】 1. 週1回程度の利用計画 ・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 378単位/回 ・利用実績が1ヶ月の中で 5回 1,647単位/月 【要支援2】 2. 週2回程度の利用計画 ・利用実績が1ヶ月の中で1～4回 389単位/回 ・利用実績が1ヶ月の中で5～8回 389単位/回 ・利用実績が1ヶ月の中で 9回 3,377単位/月	

利用者のアセスメントや担当者会議を行い、その結果週2回程度
 の利用が望ましいと計画された場合、1ヶ月4週間であれば8回利
 用になります。(回数単価での請求)

例外的に

- I. 利用する曜日の関係上、9回や10回の利用がある場合
- II. 何らかの理由で、どうしても利用する曜日以外で利用する必要
 があり、9回以上の場合
 (事前に地域包括支援センターに連絡・相談すること)

等については、3,377単位/月での請求になります。(包括単価での
 請求)

また、ご指摘がありました総合事業の事業説明会資料やQ&Aの
 回答についてですが、「総合事業に移行したから要支援2が月9～
 11回利用できる」という解釈ではなく、あくまでも上記の I、II のよ
 うに例外的に9回以上の利用があった場合は、3,377単位/月の包
 括単価で請求するように説明したものですので、ご留意下さい。

H29.5.11

<p>請求に関する質問</p> <p>訪問介護の計画で週2回利用している人がプラン変更で、途中で週2回を超える回数変更を行なった場合、利用実績が9回の場合は、週2回計画予定から実績9回であれば2335単位の請求か、週2回を超える場合の計画予定からの実績9回の場合は2565単位での請求の仕方になるのか？教えて頂きたい。</p> <p>上記と同様な質問で、週1回から途中で週2回にプラン変更した場合の実績が5回の場合の請求はどうしたらよいか？</p>	<p>・途中でありますが、状態悪化であれば担当者会議で検討し、プランを変更した上で週3回に変更することは可能です。プランを変更する前までの利用単価と回数、プランを変更した後の利用単価と回数で請求します。変更する根拠を記録として残しておくようにしてください。</p> <p>例1 週2回利用で4回利用し、プラン変更で途中で週3回利用し合計実績が9回となった場合 [請求方法] プランに応じた利用実績毎の請求となります。①+② ① 266単位(週2回の利用計画で、要支援2、利用実績1～4回) ×4回=1,064単位 ② 270単位(週2回を超える利用計画、要支援2、利用実績5～8回) ×5回=1,350単位 ①+②=2,414単位</p> <p>例2 週2回利用で2回利用し、プラン変更で途中で週3回利用し実績が11回となった場合 ① 266単位(週2回の利用計画で、要支援2、利用実績1～4回) ×2回=532単位 ② 285単位(週2回を超える利用計画、要支援2、利用実績9～12回) ×9回=2,565単位 ①+②=3,097単位</p> <p>週1回利用から途中で週2回に変更した場合も同様の取扱いです。</p>	<p>H29.6.22</p>
--	--	-----------------

通所事業所の運営

質問	回答	回答UP日
<p>通所介護での事業対象者の利用回数・サービス提供時間の設定は、事業所で設定することができますか？</p>	<p>29年度において事業対象者が利用する通所介護は、通所型サービス（現行相当）となり、</p> <p style="text-align: center;">利用回数 支給限度額</p> <p>事業対象者 週1～2回程度 5,003単位 要支援1 週1回程度 5,003単位 要支援2 週2回程度 10,473単位</p> <p>とする予定です。（後日、島原広域圏の地域支援実施要綱にてお示します。） また、サービス提供時間は介護予防通所介護と同様の考え方をいたします。 通所型サービス（現行相当）と介護予防通所介護は同じ人員基準・設備基準・運営基準を用いており、回数単価の有無が異なる部分です。</p> <p>（『島原地域広域市町村圏組合における介護予防・日常生活支援総合事業にかかる説明会』23ページ 『介護予防・生活支援サービス事業の請求にかかる注意等について』1頁を参照のこと）</p> <p>【変更分】 本組合において、事業対象者を要支援1と同等の位置づけですので、回数や時間について要支援1と同様の考え方をしてください。</p>	<p>H29.1.6 回答 H29.2.9 削除</p>
<p>③通所型サービス（現行相当）、訪問型サービス（現行相当）それぞれの利用時間の範囲はどの程度ですか？</p>	<p>③通所型サービス（現行相当）、訪問型サービス（現行相当）の人員基準、設備基準、運営基準は、介護予防通所介護、介護予防訪問介護の基準を適用しますので、今までの要支援者に対する事業所毎の考え方をもとに提供時間を検討してください。</p>	<p>H29.1.17</p>
<p>定員について、現行は通所介護と予防通所介護合計での定員ということで把握しておりますが、総合事業になると定員についての理解はどうなるのでしょうか？別々に考えるのか現行どおりなのでしょうか？</p>	<p>総合事業における通所サービス（現行相当）や通所介護や予防通所介護と一体的に実施する場合は、『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン』103頁（5）のとおり、現行同様2つの合計での定員となります。</p>	<p>H28.12.28</p>
<p>④現在、予防通所介護を利用している方、入浴は基本単位に組みこまれているが、平成29年4月以降入浴サービスが必要とされた方に対し、実費の負担を課することができるか？</p>	<p>予防給付における介護予防通所介護と、総合事業における通所型サービス（現行相当）は、人員基準・運営基準などの基準やサービスコード表は同一であり、回数単価の有無の異なるところのみ異なる場所ですので、入浴サービスの取扱も介護予防通所介護と通所型サービス（現行相当）では同一であると解します。</p>	<p>H29.1.6</p>
<p>従来の介護予防ではなく多様なサービスを実施する通所サービスAにおいては開設設置基準が緩和されている様ですが、開設について、これらの事業は指定ですかそれとも委託ですか。</p>	<p>本組合が実施する総合事業においては、平成29年度は、通所型サービスAは実施せず、現行相当とCのみ実施いたします。</p>	<p>H29.1.17</p>

訪問 通所

質問	回答	回答UP日																																																																																	
<p>また訪問型サービスCは3か月間実施となっている。通所型サービスCは、年間を通して3か月間のみとなっているが、訪問型サービスCは継続利用できるのか。</p>	<p>訪問型Cは短期集中型で、専門職による訪問での指導を実施するとし、3か月間の利用で継続利用は想定していません。</p>	<p>H29.1.6</p>																																																																																	
<p>訪問型サービスCのサービス内容の中に生活家事支援的な内容は全く含まれないのか</p>	<p>訪問型サービスCは、短期集中サービスとして位置付けており、通常は専門職の訪問によるアセスメントを行い、必要な相談指導を実施し、サービスにつなげることを主な業務とする予定です。 (例：栄養士が低栄養の指導をする場合がありますが、調理等の生活支援は行いません) したがって、生活家事支援的な内容は予定しておりません。</p>	<p>H29.1.17</p>																																																																																	
<p>2、サービスの併用について</p> <p>① うつ、閉じこもりの方で訪問型Cサービスと通所サービス・訪問型サービスの併用はできないとあるが、訪問型Cは家事支援は行わないとあります。家事支援が必要な場合はどのようなサービスを想定されていますか？</p> <p>② 訪問型Cと要支援者はDCや訪問看護、訪問リハなどとの併用はどうか？</p> <p>③ 要支援者は介護給付でのDCと総合事業での通所サービスの併用は可能か？</p> <p>④ 事業対象者の場合と要支援認定者の場合、併用できる事業を総合事業、予防給付のサービス種類ごと表でわかりやすくまとめていただきたい。</p>	<p>①訪問型サービスCは家事支援は実施しないため訪問型サービス現行相当との併用は可能です。ホームページに掲載予定のチラシの中に正しく掲載いたします。</p> <p>②訪問型サービスCはうつ・閉じこもりにより通所に通うことが困難な方が利用できるサービスとして実施します。よって、要支援者でも、通所リハビリとの併用は不可とします。 訪問型サービスCは3か月間のサービスで、看護師や理学療法士等が訪問し相談・指導を実施します。長期的に機能訓練などのリハビリが必要な方は訪問看護や訪問リハが適していると思われるため同時利用は不可と考えます。しかし、訪問看護のサービス内容が体操やリハビリ以外のサービスを利用している場合は、通所サービスC・訪問サービスCの同時利用も可能とします。</p> <p>③要支援者は、通所リハビリと総合事業の通所サービスの併用利用は不可とします。</p> <p>④表のとおりです。</p> <table border="1" data-bbox="1182 970 1912 1315"> <thead> <tr> <th></th> <th>通所リハビリ</th> <th>訪問看護</th> <th>通所：現行相当</th> <th>通所：C一般型</th> <th>通所：C筋トレ型</th> <th>訪問：現行相当</th> <th>訪問：A</th> <th>訪問：C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>通所リハビリ</th> <td></td> <td>0</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>x</td> </tr> <tr> <th>訪問看護</th> <td>0</td> <td></td> <td>0※</td> <td>0※</td> <td>0※</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0※</td> </tr> <tr> <th>通所：現行相当</th> <td>x</td> <td>0※</td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>x</td> </tr> <tr> <th>通所：C一般型</th> <td>x</td> <td>0※</td> <td>x</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>x</td> </tr> <tr> <th>通所：C筋トレ型</th> <td>x</td> <td>0※</td> <td>x</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>x</td> </tr> <tr> <th>訪問：現行相当</th> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <th>訪問：A</th> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <th>訪問：C</th> <td>x</td> <td>0※</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※訪問看護のサービス内容が体操やリハビリの場合は、総合事業の通所型サービス、訪問型サービスCとの併用利用は不可。</p>		通所リハビリ	訪問看護	通所：現行相当	通所：C一般型	通所：C筋トレ型	訪問：現行相当	訪問：A	訪問：C	通所リハビリ		0	x	x	x	0	0	x	訪問看護	0		0※	0※	0※	0	0	0※	通所：現行相当	x	0※		x	x	0	0	x	通所：C一般型	x	0※	x		0	0	0	x	通所：C筋トレ型	x	0※	x	0		0	0	x	訪問：現行相当	0	0	0	0	0		0	0	訪問：A	0	0	0	0	0	0		0	訪問：C	x	0※	x	x	x	0	0		<p>H29.2.9</p>
	通所リハビリ	訪問看護	通所：現行相当	通所：C一般型	通所：C筋トレ型	訪問：現行相当	訪問：A	訪問：C																																																																											
通所リハビリ		0	x	x	x	0	0	x																																																																											
訪問看護	0		0※	0※	0※	0	0	0※																																																																											
通所：現行相当	x	0※		x	x	0	0	x																																																																											
通所：C一般型	x	0※	x		0	0	0	x																																																																											
通所：C筋トレ型	x	0※	x	0		0	0	x																																																																											
訪問：現行相当	0	0	0	0	0		0	0																																																																											
訪問：A	0	0	0	0	0	0		0																																																																											
訪問：C	x	0※	x	x	x	0	0																																																																												

<p>No.59の回答を受けて</p> <p>現行相当訪問型サービス利用の方が、通所C型のサービスの利用を希望された場合の介護予防マネジメントは誰が行うのか？通所C型利用開始に伴うサービス担当者会議を開催する場合は、利用者に関わる全ての事業所の参加が必要か？</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅支援事業所に委託している場合 ・地域包括支援センターの介護予防支援事業所の介護支援専門員が担当している場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅支援事業所に委託している場合 現行相当訪問型サービスを利用中で居宅介護支援事業所のCMが担当されている場合は、引き続き居宅介護支援事業所のCMが担当となります。通所C型のサービスを利用する場合はサービスの変更となるため、担当者会議が必要となります。その際にはヘルパー事業所の方の担当者会議の出席が必要となります。その際は地域包括支援センターの職員が会議へ参加するなど関与が必要となります。 ・地域包括支援センターの介護予防支援事業所の介護支援専門員が担当している場合 この場合も同様で、現行相当のサービスを利用していた場合は、地域包括支援センターの介護予防支援事業所の介護支援専門員が担当となります。担当者会議の開催については居宅支援事業所の取扱いと同様となります。 	<p>H29.3.23</p>
<p>訪問型サービス費(短時間サービス)について、他の現行相当訪問サービスや訪問Aなどとの併用や総合利用の取扱いについて、Q&Aにてお示し願いたい。</p>	<p>1回20分未満の短時間サービスは、訪問型サービス現行相当に位置付けられません。他のサービスとの併用利用については、上にお示しておりますとおりとなりますので参照ください。すべてのサービスと併用利用が可能となります。</p>	<p>H29.2.23</p>
<p>No.65において</p> <p>1回20分未満の短時間サービスは、訪問型サービス現行相当に位置付けられません。他のサービスとの併用利用については、上にお示しておりますとおりとなりますので参照ください。すべてのサービスと併用利用が可能となります。</p> <p>と回答されてますが、現行相当の訪問型のサービスと併用も可能であるとの事か？</p> <p>(例)要支援2 週2回を超える生活援助中心型のサービスを利用のほか何らかの理由により、身体介助中心型20分未満の訪問型のサービスも併用可能であるとの事であるか？(支給限度額以内で)</p>	<p>現行相当サービス内での組み合わせをお尋ねになられているのかと思いますが、アセスメントの上、利用者の状況から必要と判断された場合は、回数単価同士は支給限度額以内で組み合わせ可能です。ただし、包括単価と回数単価の組み合わせはできません。</p>	<p>H29.3.23</p>

<p>・要支援1・2の認定を持ち短期集中サービス利用に際しては、主治医意見書をもって参加の判断を行ってくださいとあるが、主治医の意見書のなにをみて判断するのか</p>	<p>短期集中型は運動中心となりますので、これまでの予防プラン作成時のアセスメント同様に、主治医意見書を参考にしてアセスメントを実施してください。要支援1・2の方は、プログラム参加にかかるチェックシートを必ず取る必要はありません。3か月以内の入院の確認や、運動制限の確認など既往歴に応じて必要な際は活用していただいて構いません。</p>	<p>H29.3.23</p>
<p>訪問型サービス(現行相当)における1回20分未満の短時間サービスとは、どのようなサービスを想定されているか。</p>	<p>当組合における「訪問型サービス費(短時間サービス)」の考え方を次のようにいたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者区分 … 要支援2 ・サービス内容 … 1回につき、20分未満の身体介護を伴うサービス (生活援助のみの場合は 訪問型サービスA「10分訪問」を検討) ・算定単位数等 … 利用実績が1ヶ月の中で1～22回の場合⇒165単位/回 利用実績が1ヶ月の中で22回超⇒3,704単位/月 ・1日の利用回数 … 2回までの利用を原則といたします。 但し、計画後、月途中の被保険者の状態等の変化により1日に2回を超える利用が適当と判断された場合は、この限りとしませんことといたします。その場合でも上記算定単位数の取扱いの変更はありません。 	<p>H29.2.9</p>
<p>総合事業説明会に関するQ&A (P14、24、27)より</p> <p>・「訪問型サービス費(短時間サービス)」の取り扱いについて、12月20日の事業所説明会では、給付係の説明P4の5の中でコードのみあげられていたが、今回2月9日のQ&Aにて、1回につき、20分未満の身体介護を伴うサービスが記載されてあった。この場合このサービスのマネジメントや取り扱いについて説明が必要と思われる。「訪問型サービス費(短時間サービス)」が追加されるのであれば、総合事業の流れ等一式や総合事業申し込み書、重要事項説明書など追加する必要があると思われる為、回答をお願いしたい。</p>	<p>訪問介護の20分未満サービス内容の詳細については、【介護報酬改定2017】の中の訪問介護を参照ください。</p> <p>20分未満の訪問介護は、現行相当サービスに位置付けられます。よって、サービスを利用される場合は、ケアマネジメントAとなります。重要事項説明書へ追記も必要ではありません。</p>	<p>H29.2.20</p>
<p>要支援2の認定を受けた方の身体介護20分未満はどのような支援が想定されますか？</p>	<p>介護報酬の解釈(青本・平成27年4月版)のP165に記載されている20分未満の身体介護については、排泄介助、体位交換、服薬介助、起床介助、就寝介助等といった利用者の生活にとって定期的に必要な短時間の身体介護を想定しておりますので、このような身体介護を伴う支援を当組合も想定しています。</p>	<p>H29.2.23</p>

様式

質問	回答	回答UP日																																										
<p>質問①: 様式第1号について 様式第1号(第11条関係)(表面)総合事業利用申込書 提出代行者等を包括支援センターで行う場合、記入者が利用者と異なる場合を記入する必要がありますか？記入の必要がある場合、添付の内容で可能でしょうか？また、申請理由等の内容で想定されている文言がありますか？ 様式第1号(第11条関係)(裏面)基本チェックリスト 記入者名本人→原則チェックリスト1~30を☑と署名は本人記入であるが、その他の記入日・住所・氏名・電話番号・生年月日・備考については、申請代行者(包括)での記入でよいか？</p>	<p>様式第1号(表面)の総合事業利用申込書について、代行して包括支援センターが提出される場合、本人記入であれば記入の必要はありませんが、家族か包括支援センターかの区別を行うために記入をお願いします。申請理由の内容については取り決めていません。 また、記入の詳細については記入例を参考にしてください。</p> <p>様式第1号(裏面)の基本チェックリストについて、記入日、住所、氏名、生年月日、電話番号、性別も含めて自己記入をお願いします。</p> <p>様式第1号(第11条関係)(表面) 総合事業利用申込書 島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>島原地域広域市町村圏組合地域支援事業における総合事業を利用したいので次のとおり申し込みます。 申請年月日 平成29年4月1日</p> <p>◆総合事業を利用する方について記入してください。</p> <table border="1" data-bbox="1205 667 1912 963"> <tr> <td>被保険者番号</td> <td>0000123456</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>カイゴ タロウ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>介護 太郎</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>昭和22年01月02日</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>男</td> </tr> <tr> <td>年齢</td> <td>70歳</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒 島原市有明町大三東戊 00000 電話番号: 61-0000</td> </tr> <tr> <td>現在(前回の認定結果等)</td> <td>要介護状態区分: 1・2・3・4・5 要支援状態区分: 1・2 事業対象者: な</td> </tr> <tr> <td>申請の理由</td> <td>転倒するようになり足の弱さを感じている</td> </tr> </table> <p>◆記入者が利用者と異なる場合</p> <table border="1" data-bbox="1205 989 1912 1123"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>氏名</td> <td>関係</td> <td>利用者との関係</td> </tr> <tr> <td></td> <td>包括職員名</td> <td></td> <td>島原市地域包括支援センター (担当 CM の場合は担当 CM と記載)</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号: 0957(65)5110</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>代理記入の理由</td> <td>視力低下があり、記入</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>◆代行して提出される場合</p> <table border="1" data-bbox="1205 1149 1912 1251"> <tr> <td>提出代行者等</td> <td>該当を○で囲む 島原市地域包括支援センター 代理の場合、本人との関係: 担当者 〒 855-0851 島原市萩原1丁目1230 電話番号: 0957(65)5110</td> </tr> </table> <p>◆利用したいサービスについて(利用希望のサービスに☑をつけてください)</p> <table border="1" data-bbox="1205 1299 1760 1449"> <tr> <td></td> <td>サービスの種類</td> </tr> <tr> <td>①</td> <td> <input type="checkbox"/>訪問型サービス(現行相当): 今までの介護予防訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/>通所型サービス(現行相当): 今までの介護予防通所介護(デイサービス) </td> </tr> <tr> <td>②</td> <td> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/>訪問型サービスC <input type="checkbox"/>訪問型サービスA「10分訪問」 <input type="checkbox"/>通所型サービスC(一般型) <input checked="" type="checkbox"/>通所型サービスC(筋トレ型) </td> </tr> </table>	被保険者番号	0000123456	フリガナ	カイゴ タロウ	氏名	介護 太郎	生年月日	昭和22年01月02日	性別	男	年齢	70歳	住所	〒 島原市有明町大三東戊 00000 電話番号: 61-0000	現在(前回の認定結果等)	要介護状態区分: 1・2・3・4・5 要支援状態区分: 1・2 事業対象者: な	申請の理由	転倒するようになり足の弱さを感じている	フリガナ	氏名	関係	利用者との関係		包括職員名		島原市地域包括支援センター (担当 CM の場合は担当 CM と記載)	連絡先	電話番号: 0957(65)5110			代理記入の理由	視力低下があり、記入			提出代行者等	該当を○で囲む 島原市地域包括支援センター 代理の場合、本人との関係: 担当者 〒 855-0851 島原市萩原1丁目1230 電話番号: 0957(65)5110		サービスの種類	①	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス(現行相当): 今までの介護予防訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 通所型サービス(現行相当): 今までの介護予防通所介護(デイサービス)	②	介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 訪問型サービスC <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA「10分訪問」 <input type="checkbox"/> 通所型サービスC(一般型) <input checked="" type="checkbox"/> 通所型サービスC(筋トレ型)	<p>H29.2.16</p>
被保険者番号	0000123456																																											
フリガナ	カイゴ タロウ																																											
氏名	介護 太郎																																											
生年月日	昭和22年01月02日																																											
性別	男																																											
年齢	70歳																																											
住所	〒 島原市有明町大三東戊 00000 電話番号: 61-0000																																											
現在(前回の認定結果等)	要介護状態区分: 1・2・3・4・5 要支援状態区分: 1・2 事業対象者: な																																											
申請の理由	転倒するようになり足の弱さを感じている																																											
フリガナ	氏名	関係	利用者との関係																																									
	包括職員名		島原市地域包括支援センター (担当 CM の場合は担当 CM と記載)																																									
連絡先	電話番号: 0957(65)5110																																											
代理記入の理由	視力低下があり、記入																																											
提出代行者等	該当を○で囲む 島原市地域包括支援センター 代理の場合、本人との関係: 担当者 〒 855-0851 島原市萩原1丁目1230 電話番号: 0957(65)5110																																											
	サービスの種類																																											
①	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス(現行相当): 今までの介護予防訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 通所型サービス(現行相当): 今までの介護予防通所介護(デイサービス)																																											
②	介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 訪問型サービスC <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA「10分訪問」 <input type="checkbox"/> 通所型サービスC(一般型) <input checked="" type="checkbox"/> 通所型サービスC(筋トレ型)																																											

<p>12月20日 総合事業説明会に関するQ&A (P35)より</p> <p>・介護予防ケアマネジメント費と報告様式にて、事業対象者がケアマネジメントAにて、現行相当サービス、短期集中サービスを利用する場合に、プログラム参加にかかるチェックシート(様式4)の活用が必要となっているが、様式4については二次予防事業を利用する場合に参加の是非を判断するものであったが、総合事業を利用する場合にもチェックシートの基準を継続し、すべての総合事業に対してサービス利用の是非を検討する必要があるのか？</p>	<p>事業対象者がケアマネジメントAにて通所の現行相当サービスや短期集中型を利用する場合の、運動を実施するため医師の判断を求める場合の基準については、参加の是非を検討するためではなく、アセスメントをする際の参考にして下さい。訪問型の現行相当サービスは料理や買い物などとなるため、サービス利用時に状態が悪化することは想定されにくいですが、ヘルパー事業所も把握しておく必要があると思いますので利用者の医療に関する情報を確認できるものとしてプログラム参加にかかるチェックシートを活用して下さい。</p>	H29.2.16						
<p>様式第2号(第11条関係)介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書</p> <table border="1" data-bbox="521 419 898 545"> <tr> <th colspan="2">区分</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>新規</td> <td><input type="checkbox"/>変更</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>認定申請</td> <td><input type="checkbox"/>総合事業</td> </tr> </table> <p>区分の考え方について、それぞれの区分についての例示をお示しいただきたい。</p>	区分		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 認定申請	<input type="checkbox"/> 総合事業	<p>介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の区分について、「新規か変更」かのチェックと、「認定申請か総合事業利用申請」かのチェックが必要となります。</p> <p>今までサービスを全く利用したことがない新規利用の方は(介護保険証の事業所の名称欄になにもない方)、「新規」にチェックをお願いします。</p> <p>それ以外の方は「変更」になります。要支援者から、引き続き事業対象者になれる場合も「変更」にチェックを入れてください。</p> <p>併せて、認定申請なのか総合事業利用申請なのかのチェックをお願いします。</p>	H29.2.23
区分								
<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更							
<input type="checkbox"/> 認定申請	<input type="checkbox"/> 総合事業							

介護保険被保険者証について

<p>介護保険被保険者証の発行・郵送スケジュールをご教示ください。</p>	<p>スケジュールについては、下記のとおりです。 緊急性がある場合は、別途介護保険課へご連絡下さい。</p> <p>介護保険被保険者証発行スケジュール (被保険者証の発行は原則金曜日です)</p> <table border="1" data-bbox="1173 799 1921 1098"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="7">1週目</th> <th colspan="7">2週目</th> <th colspan="2">3週目</th> </tr> <tr> <th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th> <th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th> <th>金</th><th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①総合事業利用申込書・チェックリストと居宅届出書同時提出</td> <td colspan="7">→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="2">→</td> </tr> <tr> <td>②総合事業利用申込書・チェックリストのみ提出</td> <td colspan="7">→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>②-1居宅の届出書提出</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="7">→</td> <td colspan="2">→</td> </tr> </tbody> </table> <p>※総合事業利用申込書・チェックリストと居宅届出書を同時提出する場合は、翌週の金曜日に被保険者証の郵送を行う。</p> <p>※総合事業利用申込書・チェックリストのみを提出した場合は、居宅届出書を提出した翌週の金曜日に被保険者証の郵送を行う。</p>		1週目							2週目							3週目		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	金	土	①総合事業利用申込書・チェックリストと居宅届出書同時提出	→													→		②総合事業利用申込書・チェックリストのみ提出	→															②-1居宅の届出書提出								→							→		H29.3.17
	1週目							2週目							3週目																																																																				
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	金	土																																																																				
①総合事業利用申込書・チェックリストと居宅届出書同時提出	→													→																																																																					
②総合事業利用申込書・チェックリストのみ提出	→																																																																																		
②-1居宅の届出書提出								→							→																																																																				